Liège, 1923

AUG 14 19

UNIVERSITÉ DE LIÉGE

Thèse de Doctorat spécial en Psychiatrie

N. e. f.

Contribution à l'Etude

DE LA

Démence précoce

PAR

le Dr Paul DIVRY

assistant de psychiatrie à l'Université de Liége.

LIÉGE
IMPRIMERIE H. VAILLANT-CARMANNE
4, Place Saint-Michel, 4
—
1923

Contribution à l'Étude

DE LA

Démence précoce

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000paul

UNIVERSITÉ DE LIÉGE

Thèse de Doctorat spécial en Psychiatrie

Contribution à l'Etude

DE LA

Démence précoce

PAR

le Dr Paul DIVRY

assistant de psychiatrie à l'Université de Liége.

LIÉGE
IMPRIMERIE H. VAILLANT-CARMANNE
4, Place Saint-Michel, 4

1923

UNIVERSITÉ DE LIÉGE. FACULTÉ DE MÉDECINE.

La présente dissertation peut être livrée à l'impression.

Le Secrétaire,
Ch. WILLEMS.

Le Président,
Lucien BECO.

Liége, le 22 Mars 1923.

Art. 4 de l'arrêté ministériel du 19 mars 1894 : « La dissertation, comme condition d'admission aux épreuves du doctorat spécial, ne peut être publiée qu'avec l'autorisation de la Faculté. En aucun cas, les opinions de l'auteur ne peuvent être considérées, par le fait de l'admission de son travail, comme étant celles de la Faculté ou de l'Université. »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

par le Docteur Paul DIVRY
assistant de psychiatrie à l'Université de Liége.

Quand fut émise la conception de la Démence précoce, au sens kraepelinien, elle attira surtout par sa commodité ; elle ne tendait à rien moins, en effet, qu'à réunir en un groupe nosologique les diverses formes mentales chroniques, ne rentrant pas dans les grands syndromes isolés péniblement au cours des temps (folie circulaire, paralysie générale, démences organiques, etc.). A la réflexion, on s'aperçut que l'on apparentait ainsi des figures cliniques hétéroclites, que l'on était forcé, pour maintenir la cohésion du groupe, de s'appuyer sur une concordance de symptomatologie parfois bien pauvre.

Il était tout naturel que l'on recherchât alors un critérium de la Démence précoce, que l'on s'évertuât à dégager un symptôme ou du moins un ensemble symptomatique, pouvant servir de signature à cette affection, en temps qu'entité morbide bien définie.

Possédons-nous ce critérium ? Pouvons-nous mettre en vedette un syndrome somatique et psychique, digne de faire de la Démence précoce une forme nettement caractérisée dans la pathologie mentale ?

Le syndrome que Kahlbaum a décrit comme base de sa Catatonie, englobée par Kraepelin dans sa conception de la Démence précoce, réalise une figure clinique dont les traits semblent assez nettement dessinés pour en faire l'expression d'une entité psycho- et physiopathologique bien définie. En somme, quand Kraepelin a fait rentrer la Catatonie de Kahlbaum dans la Démence précoce, il y a introduit l'hôte le mieux qualifié.

C'est donc en étudiant en première ligne la Catatonie ou, si l'on veut, la forme catatonique de la Démence précoce, en en

dégageant si possible les traits caractéristiques, que l'on peut espérer aboutir à une solution.

On sait que la Catatonie se caractérise, pour Kahlbaum, par un ensemble de symptômes dont les plus saillants sont : *a*) la catalepsie ; *b*) la stupeur ; *c*) les stéréotypies et hyperkinésies ; *d*) le maniérisme ; *e*) le négativisme, le mutisme ; *f*) l'automatisme ; *g*) les actes impulsifs.

A mon sens, ce syndrome doit être considéré comme un ensemble purement symptomatique qui, d'une part, peut se rencontrer dans des affections mentales diverses et qui, d'autre part, n'est souvent qu'un phénomène épisodique dans le décours d'un état vésanique qualifié de précoce.

A. — Etats catatoniques en dehors de la Démence précoce.

J'ai observé le syndrome catatonique dans certains cas de paralysie générale ; sans doute, les divers symptômes ne s'y retrouvent pas toujours au complet, mais il en est de même dans la Démence précoce.

Observation I. — H..., homme de 66 ans.

L'affection débute en septembre 1914 par une période d'excitation, avec note érotique accentuée. Bientôt, le malade tombe dans un état de dépression anxieuse, avec idées de ruine, impression d'un danger proche. Il manifeste aussi des tendances hypocondriaques, avec délire de négation : il se dit « bouché », il n'a plus de palais, d'intestin, il est mort. Une ébauche de délire métabolique perce aussi dans ses propos : il prétend qu'une personne bien connue, qui est venue lui rendre visite, n'est qu'une ressemblance. A certains moments, le soir surtout, il est anxieux, se croyant entouré de menaces, objectivant ses craintes en représentations pseudo-hallucinatoires. Il s'alimente mal.

En décembre 1914, environ quatre mois après le début de l'affection, l'anxiété s'efface ; le malade devient de plus en plus indolent et finit par tomber dans un état de stupeur catatonique bien caractéristique :

Le jour, il reste en place, absolument inerte, dans une attitude bien particulière : la tête est fléchie sur le tronc ; les bras sont en extension le long du corps, les avant-bras en pronation, les doigts fléchis ; si on le pousse à marcher, il le fait lentement. La face est sans expression. S'il est assis, il se recroqueville sur lui-même. Veut-on le secouer ou rectifier sa position anormale, il se raidit davantage.

Au lit, les bras sont collés au corps, les mains croisées sur la poitrine ; les jambes sont en chien de fusil, avec contraction des adducteurs ;

pendant le sommeil, il conserve plus ou moins cette attitude. En essayant de mobiliser les divers segments des membres, on rencontre une certaine résistance, se marquant d'autant plus que l'on insiste.

Il s'agit donc bien d'un état catatonique (catatonie étant entendue dans son acception obvie, particulière, en temps que symptôme),.que l'on rencontre dans la démence précoce à côté de l'état cataleptique.

Un second symptôme du syndrome catatonique, la stupeur, est très nette chez notre malade : la plupart du temps, il ne manifeste rien et reste absolument insensible aux sollicitations extérieures.

Quand le malade montre quelque activité, c'est sous forme stéréotypée ou hyperkinétique (3e symptôme) : à table, il lui arrive de frapper l'assiette de sa fourchette, à diverses reprises, comme automatiquement. Parfois, il pousse des cris répétés, ressemblant à des aboiements ou se met à trépigner. Aux repas, il s'alimente assez normalement, sans raideur dans les gestes ; on observe aussi, dans la démence précoce, ce relâchement passager de la raideur catatonique.

Dans les moments d'agitation, il se délie tout à fait : il lui arrive de danser, d'un air dégagé, le sourire aux lèvres, d'une façon caricaturale et maniérée (4e symptôme).

Son état stuporeux est marqué d'un négativisme accentué : il refuse de manger, quand on l'y pousse, puis le fait spontanément quelques minutes après. Il se tient le plus souvent dans un mutisme complet (5e symptôme).

Enfin (6e et 7e symptômes), ses crises d'agitation se traduisent par des explosions motrices à caractère automatique et impulsif : le soir, il lui arrive de crier pendant une heure, avec violence ; il cesse brusquement.

Tous ses réflexes, profonds et cutanés, sont vifs, exagérés. Les troncs nerveux sont hyperexcitables, notamment le facial (véritable signe de Chvostek).

Il y a de l'anisocorie, de l'Argyll Robertson bilatéral. La ponction lombaire donne 125 lymphocytes par mm³, avec Nonne et Noguchi positifs; le B-W est +++.

Le malade a succombé en janvier 1916 à un état congestif (ictus épileptiforme, coma).

Le cerveau prélevé présentait les altérations habituelles de la méningo-encéphalite paralytique.

Bref, il s'agit d'un cas avéré de paralysie générale, au cours de laquelle s'est développé un état stuporeux, catatonique, avec périodes fugaces d'agitation, de caractère impulsif et automatique.

Observation II. — R..., homme de 33 ans.

Le malade présente quelques antécédents héréditaires : une sœur de la mère, notamment, est morte aliénée. Lui-même a eu des convulsions et des terreurs nocturnes dans l'enfance.

Il a fait de bonnes études moyennes et connait plusieurs langues. Il a toujours été de caractère assez sombre et renfermé.

Vers l'âge de 31 ans, il contracte la syphilis, dont la période secondaire, aux dires du médecin qui l'a soigné alors, ne se marque que par quelques papules érosives dans la bouche ; il a été traité par le mercure et l'iodure.

Un an après le début de l'infection, il devient irascible, plus taciturne, recherche l'isolement. A certains moments, il est plongé dans une sorte de torpeur ; il dort profondément après les repas et oublie l'heure de son bureau. Au travail, il commet des erreurs et s'emporte pour un rien. Il abandonne finalement ses occupations.

Deux ans après le début de l'infection spécifique, son indifférence s'est accentuée : il garde un mutisme complet, oppose de la résistance à ce qu'on exige de lui. Parfois, il garde le lit, immobile, raidi, muet, indifférent à ce qui se passe autour de lui ; il ne semble ni entendre ni voir, bien qu'il garde les yeux ouverts. Le bras élevé reste longtemps en position : un léger choc le fait tomber immédiatement. Il ne repousse pas la nourriture, mais garde la bouche close et n'avale que très lentement.

Comme symptôme somatique, on note simplement alors de l'hyperréflectivité profonde, qui n'a rien de significatif en elle-même.

Bref, il s'agit d'un état de stupeur, avec mutisme, tendance au négativisme et au maintien des attitudes, tel qu'on l'observe dans la Catatonie de Kahlbaum.

Cet état stuporeux, plus ou moins accentué suivant les périodes, dure environ huit mois, après quoi le malade entre dans une phase de grande excitation, avec loquacité extrême, d'allure maniaco-paralytique : « il connaît toutes les langues.... il gagne 200.000 francs.... il a une bicyclette en or, etc. etc. ».

Cet état d'exaltation dure environ 10 mois ; à ce moment, le malade présente une crise épileptiforme durant environ une demi-heure, sans laisser de paralysie.

Peu de temps après, il retombe dans une seconde phase de stupeur : il est absolument muet ; ne répond pas ou par monosyllabes, quand on le questionne. En chambre, il est replié sur lui-même dans un coin, immobile et silencieux. Au jardin, il se promène lentement, la tête penchée, le cou tendu, les bras fléchis. Il garde les membres dans les attitudes les plus illogiques qu'on leur imprime. Les extrémités sont froides et cyanosées.

Cet état dure environ deux mois encore, après quoi le malade est emporté au cours d'un accès épileptique d'une violence extrême.

La ponction lombaire, faite à deux reprises au cours de l'affection, a montré de la pleiocytose et une augmentation du taux des albumines.

En résumé, chez un homme de 31 ans, avec quelques tares héréditaires, syphilitique, des troubles mentaux se produisent un à deux ans après le début de l'infection spécifique.

La maladie évolue environ deux ans, en passant par des alternatives de dépression et d'expansion.

Pendant les périodes d'expansion, l'allure est maniaque, avec mégalomanie paralytique.

Pendant les périodes de dépression, l'allure est celle d'une stupeur de forme catatonique, avec phénomènes cataleptiques, négativisme, mutisme.

Quelques accès épileptiques et l'état du liquide lombaire fournissent la signature de la nature paralytique des troubles mentaux.

Je noterai en passant que j'ai observé d'autres cas où la paralysie générale débuta peu de temps après l'infection spécifique ; ce fait n'a rien de surprenant, puisque l'on sait que, dès la période secondaire, l'atteinte des centres nerveux est réalisée en principe.

Observation III. — W..., homme de 48 ans.

Le malade présente les symptômes manifestes de la paralysie générale : déficience intellectuelle typique, dysarthrie, troubles pupillaires, etc. La syphilis est avouée ; la ponction lombaire est + ; le B-W est + dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Pendant les premiers temps de l'observation à l'asile, le malade se montre agité ; il semble halluciné et tente à plusieurs reprises d'escalader les murs du jardin.

Un mois après, il semble parfois prendre des attitudes catatoniques ; je note d'après l'histoire que j'ai recueillie à cette époque :

12 mai 1913 : avant-hier, le malade tenait son chapeau de la main gauche, en indiquant le fond de l'index droit, marchant lentement et monologuant ; il a gardé cette attitude trois heures durant. Hier, il est resté à table, de 1 à 4 h. ½, les bras tendus à angle droit, les poings fermés, sans appui.

Il ne reste pas au lit ; il cherche fréquemment à se déshabiller.

17 mai 1913 : attitudes catatoniques qu'il conserve à table : il proteste quand on veut le faire changer. On peut imprimer aux membres les attitudes les plus invraisemblables, qu'il conserve longtemps. Parfois, il hurle sans motif.

31 mai 1913 : il conserve presque toujours des attitudes anormales : hier, il a gardé près d'une heure, à la bouche, une tranche de pain qu'un autre malade y avait placée par plaisanterie !

5 juin 1913 : hier et aujourd'hui, il n'a pas présenté d'attitudes catatoniques ; il demande qu'on le tue ; il ne veut pas contaminer les autres. Idées d'indignité.

17 juin 1913 : attitudes catatoniques par moments ; durant la visite de ses parents, il a conservé une attitude figée. Parfois, il a des agitations impulsives, au cours desquelles il veut se déshabiller.

14 juin 1913 : il prend des attitudes d'idiotisme. Quelquefois, il simule l'effroi ; il fait le pitre.

Le malade conserve cette allure jusqu'à sa sortie de l'asile (transfert).

En résumé, dans le décours d'une paralysie générale, chez un homme de 48 ans, on observe des attitudes cataleptiques, de l'automatisme, du maniérisme, de l'agitation impulsive. De temps à autre percent les éléments d'un délire d'indignité et d'expiation.

J'ajouterai que, dans les paralysies générales prolongées ou stabilisées, formes dans lesquelles le syndrome humoral tend à s'effacer, on observe souvent aussi des aspects plus ou moins complets du syndrome catatonique.

Des trois observations précédentes, en tout cas, il résulte qu'un syndrome catatonique peut se développer dans le cours de la paralysie générale, soit pendant la plus grande partie du cours de l'affection (obs. I), soit dans les phases dépressives d'une forme circulaire de la maladie (obs. II), soit à titre épisodique durant son évolution (obs. III).

* * *

Dans les états de dépression, relevant de la psychose maniaque dépressive, on peut également relever des aspects du syndrome catatonique, parfois bien troublants au point de vue du diagnostic.

Observation IV. — L..., femme de 26 ans.

Entre à l'Asile de Glain le 27 septembre 1919.

Des cas d'aliénation ou des accidents névropathiques se sont présentés dans sa famille, tant du côté paternel que maternel.

Il y a deux ans, la malade aurait eu des crises nerveuses, à la suite d'une frayeur. Depuis plusieurs mois, elle manifeste des idées d'auto-accusation: elle se croit déshonorée et la cause des déboires du ménage. Elle s'alimente et dort mal ; son état s'est aggravé depuis quelques jours.

A son entrée, la malade se tient au lit, le regard assez fixe et fait avec les jambes des mouvements automatiques, rappelant ceux du cycliste. Elle répond avec lenteur, après un certain temps, aux questions. On parvient à la placer sur le terrain de son délire d'auto-accusation.

Veut-on la faire sortir du lit, elle se raidit ; elle se tient sur un pied et fait, avec les bras, des mouvements circulaires ; elle s'oppose aux changements de position. Cependant, arrive-t-on à lui faire prendre l'attitude la plus illogique, elle la conserve. Elle est très lente dans tous ses mouvements.

Le lendemain, elle se tient toujours inerte au lit ; elle ne répond nulle-

ment aux questions et semble abstraite du monde extérieur ; elle serre les dents, dès qu'on insiste pour lui faire montrer la langue. Elle refuse de s'alimenter et est parfois gâteuse. Si on la pique, elle fait des gestes lents et incomplets de défense.

La malade reste environ 3 à 4 mois dans cet état de stupeur, avec attitudes figées, catalepsie, négativisme, mutisme complet. Elle en sort progressivement pour passer bientôt à une phase d'excitation maniaque typique, dont elle guérit après cinq mois.

En résumé, chez une jeune fille de 26 ans, à hérédité tarée, une crise maniaco-dépressive se déroule, durant la phase mélancolique, sous la forme d'un état stuporeux, avec attitudes figées, plasticité cataleptique, négativisme, mutisme, sitophobie, automatisme transitoire.

Observation V. — P..., femme de 34 ans.

Entre à l'Asile de Glain, le 20 mai 1920.

On ne relève pas d'antécédents héréditaires notables.

L'affection a débuté, il y a un mois, sous la forme d'un état de dépression anxieuse : la malade s'accuse de toutes sortes de fautes imaginaires, se dit rongée par le remords et se croit indigne de s'alimenter. Elle manifeste aussi quelques idées délirantes hypocondriaques, relatives à son sexe : elle se croit une fille-garçon et réclame un examen spécial à ce sujet. Elle a fait chez elle quelques tentatives de suicide.

Durant les premiers temps de son séjour à l'Asile, elle se montre anxieuse et gémisseuse : elle s'oppose à l'alimentation et tente de se supprimer par tous les moyens.

Environ après deux mois, ces symptômes d'excitation anxieuse s'apaisent et elle tombe progressivement dans un état de stupeur catatonique : elle reste inerte au lit, s'opposant à toute sollicitation extérieure ; elle se maintient dans un mutisme absolu et se comporte comme une masse inerte. On doit l'alimenter à la sonde. Quoique fortement négativiste, elle conserve, pendant des heures, les attitudes les plus extraordinaires que l'on puisse imprimer aux membres ; d'autre part, il est absolument impossible de lui faire montrer la langue : plus on insiste, plus elle serre les dents.

Au jardin, elle se promène ou plutôt se laisse promener, en gardant l'attitude propre aux catatoniques : attitude figée, tête inclinée vers la poitrine, inertie motrice, etc.; là encore, elle conserve très longtemps les positions données.

Parfois, elle manifeste brusquement une activité impulsive : elle s'enfuit rapidement et lestement, dans le but, semble-t-il, de s'échapper de l'Asile.

Cet état dure environ trois mois, après quoi la malade manifeste quel-

ques réactions normales ; elle s'alimente parfois spontanément, parle quelque peu et s'intéresse à l'entourage.

Reprise à domicile, elle revient petit à petit vers un état normal.

En résumé, chez une femme de 34 ans, sans antécédents héréditaires notables, un syndrome catatonique transitoire se développe au cours d'une crise de mélancolie anxieuse.

B. — **Etats catatoniques, épisodiques, au cours de la Démence précoce.**

Observation VI. — W..., homme de 45 ans.

Ce malade, que j'ai observé pendant plusieurs années à l'Asile de Glain, appartient à une famille tarée : un de ses frères était idiot ; ses parents, morts jeunes, étaient pour le moins originaux et avaient des manies bizarres. Un cousin germain est également mort aliéné.

Le malade fit de bonnes études, en partie universitaires jusqu'à l'âge de 22 ans ; seulement, déjà alors, il était taciturne, s'isolait volontiers et fuyait ses condisciples.

Vers l'âge de 22 ans, se marquent les premiers symptômes d'aliénation, d'allure plutôt psychasthénique, obsédante : il prétend qu'il n'a pas de personnalité, qu'il ne se sent pas exister, qu'il ne peut d'ailleurs exister dans la société, telle qu'elle est organisée ; sa présence y est inutile et il doit disparaître. La nuit, il est parfois anxieux, croyant qu'on va pénétrer dans sa chambre pour le tuer : il préfère se sacrifier lui-même.

C'est dans cet état d'excitation, mi-psychasthénique, mi-délirant, qu'il entre à l'Asile de Glain.

Bientôt, il se montre plus indifférent et finit par tomber dans un état d'inertie complète, avec mutisme et attitudes cataleptiques. Il reste dans cet état catatonique pendant plus de deux ans.

Petit à petit, il secoue son inertie ; les attitudes cataleptiques disparaissent ; il s'occupe et s'intéresse à l'entourage. Il est plus correct dans sa mise et ses attitudes.

Jusqu'en 1908 (32 ans), le malade voit son état s'améliorer. Tout aspect du syndrome catatonique a disparu.

Depuis 1908, son affection se marque par de nouveaux symptômes, existant encore actuellement (45 ans) : il reste correct dans sa tenue, s'occupe, s'intéresse ; il lit et commente les journaux ; sa mémoire, même de ses études classiques, est assez bonne. Mais, par moments, soit le jour, soit la nuit, il pousse des cris élevés, souvent avec gestes et en prenant l'attitude d'un homme que l'on agacerait par des questions importunes. Si on lui demande la signification des mots qu'il vient de prononcer en les lui rappelant, il assure que ce n'est pas lui qui crie ou alors, c'est inconsciemment, concède-t-il.

Plus tard, le malade semble mieux analyser ce qui se passe en lui : « c'est en 1908 que j'ai commencé à crier seul; j'entends des voix, comme

si on m'en voulait ; il me semble qu'il y en a plusieurs ; je n'ai pas vraiment l'intention de crier ; c'est comme une impulsion ; c'est pour répondre aux mauvais conseils que je hausse la voix involontairement ; je vois comme un danger ».

Bref, le malade est halluciné et réagit par des cris, des bouts de phrases interrogateurs ou dialogants, plus ou moins conscients.

En résumé, à 22 ans, W..., qui a une hérédité chargée, fait des accidents mentaux, mi-psychasthéniques, mi-délirants, propres aux états dégénératifs. Pendant deux à trois ans, il tombe dans un état de stupeur ou du moins d'inertie catatonique. Ses fonctions psychiques reprennent une certaine activité, puis il passe à une phase dans laquelle prédomine l'élément hallucinatoire.

Le syndrome catatonique n'a donc été qu'un épisode transitoire dans l'évolution de son affection mentale.

Observation VII. — J..., que j'ai observé à l'Asile de Glain, y était entré en 1892, à l'âge de 27 ans. Il n'avait pas d'antécédents héréditaires notables.

Au collège, il était un élève studieux, appliqué, remportant des succès.

Vers l'âge de 22 ans, après un échec universitaire, il mène quelque temps une vie irrégulière, puis tombe dans un état de stupeur catatonique : il garde un mutisme absolu, conserve des attitudes prolongées et caractéristiques, recherche l'isolement.

A son entrée à l'Asile, il est dans le même état de stupeur : on ne peut en obtenir un mot ; il refuse d'ordinaire la nourriture et se tient à l'écart, dans l'attitude spéciale du catatonique.

Cet état dure environ 16 ans, jusqu'en 1909, époque à laquelle le malade parle et manifeste même quelque agitation. Depuis lors, dément précoce caractéristique, il ne présente plus de symptômes catatoniques : il va et vient, marmotte, répond quand on l'interpelle et passe son temps à collectionner des brimborions.

Bref, le syndrôme catatonique, avec sa stupeur, sa catalepsie, son automatisme, etc., ne peut servir de base à l'édification d'une entité morbide donnée, voire de la démence précoce : il peut se développer sur des terrains vésaniques divers, et, dans les vésanies chroniques précoces, il n'est souvent qu'un épisode au cours de leur évolution.

Bleuler, dans son ouvrage relatif à la Démence précoce, range également les symptômes catatoniques dans les signes accessoires de l'affection.

Sans doute, les manifestations catatoniques semblent plus fréquentes dans les vésanies chroniques à début précoce ; cela tient sans doute au terrain mental de ces affections, fait surtout d'inertie psycho-motrice. Il n'en est pas moins vrai que ce ne sont que des réactions de surface, des épiphénomènes morbides et que c'est plus profondément qu'il faut rechercher les traits caractéristiques de la Démence précoce.

A mon sens, il est deux aspects du fonctionnement psychique, dans les états démentiels précoces, qui peuvent être considérés comme assez caractéristiques.

D'une part, une inertie profonde du psychisme, jointe à un manque d'ordre, de fil conducteur dans l'activité mentale ; un manque de concordance, de soumission à un but déterminé, bref, un manque de synergie dans les divers aspects du fonctionnement cérébral ; il y a, chez ces malades, une véritable asynergie psychique.

Une seconde particularité de la vie mentale, chez les déments précoces, c'est l'indifférence, l'apathie qui envahit, très tôt souvent, toutes leurs manifestations psychiques ; ce n'est pas simplement une indifférence affective ; sans doute, plus rien ne semble émouvoir ces malades ; mais, cette apathie est globale : il n'y a plus, chez eux, trace de cette simple curiosité intellectuelle ou même simplement sensorielle, qui n'est pas fatalement frangée d'une réaction émotive ; l'intérêt des choses même a disparu pour eux ; plus rien ne retient leur attention.

I. — L'inertie et l'asynergie psychiques.

Il est certainement aussi intéressant, pour se faire une idée du fonctionnement psychique de ces malades, de les observer dans les manifestations spontanées de leur activité que par des tests et autres schémas d'épreuve qui ne reflètent souvent qu'une disposition momentanée et une sollicitation un peu factice de leur psychisme.

Les actes spontanés des déments précoces traduisent fréquemment un manque d'orientation vers un but donné, un manque de concordance dans leurs diverses expressions ; cette particularité se fait souvent sentir très tôt et, dans certains cas, fait partie de la constitution psychique même du futur dément précoce ; elle avait fait ranger autrefois beaucoup de ces malades sous la rubrique de déséquilibrés mentaux, terme qui traduisait

bien le manque d'harmonie, de synergie de leur activité psychique.

Dès le début de leur affection, on note souvent, chez les déments précoces, un manque de convergence de leurs activités vers un but déterminé : ils ne peuvent plus se tenir à la besogne, tendre leurs efforts vers la réalisation d'un travail donné. Ils se montrent distraits, absorbés, concentrés. Leur esprit est traversé par des projets bizarres, étrangers à leur genre de vie ou à leur situation ; souvent, ils espèrent trouver dans une existence un peu aventureuse un soutien à leur activité défaillante ; tel ce malade qui veut devenir tout à tour marin, entrer dans un cirque, s'engager à la Légion étrangère.

L'anamnèse du dément précoce nous apprend souvent qu'au point de vue de la profession, par exemple, il est passé par des avatars multiples.

Observation VIII. — D.., après des études moyennes jusqu'à l'âge de 15 ans, est employé deux mois dans un bureau ; puis, il préfère être cordonnier ; voilà que ce métier ne lui plaît qu'à demi ; il songe à s'engager. La chose ne réussit pas ; vers l'âge de 19 ans, il abandonne son métier et devient infirmier de fortune ; après cinq mois, il entre comme domestique dans un établissement religieux ; il y reste quelques mois. Il reprend encore son métier de cordonnier, mais il ne peut s'y tenir. A ce moment d'ailleurs, la démence précoce s'installe.

Il est de fait, d'ailleurs, que l'on peut observer des faits semblables dans d'autres affections (débilité mentale, psychasthénie, états dégénératifs, etc.) ; ils n'ont de signification, dans la Démence précoce, que mis en parallèle avec d'autres manifestations mentales de l'affection.

Souvent, très tôt aussi, on surprend le dément précoce riant seul, alors que son allure générale est celle du déprimé. Cette inconséquence du rire est assez spéciale à l'affection et traduit bien le manque d'harmonie de l'état psychique.

Le maniaque passe facilement du pleurer au rire, mais c'est une conséquence de la mobilité de ses dispositions cénesthésiques.

Le rire du paralytique général répond également à une disposition d'esprit momentanée adéquate, basée parfois, il est vrai, sur des raisons puériles, mais son rire est justifié.

Le rire et le pleurer des pseudo-bulbaires sont presque périphériques, spasmodiques.

Le rire des hystériques ou le fou rire des névropathes est une forme de nervosisme, qui crée en retour une disposition gaie de l'esprit.

Mais, le rire ou plus souvent le sourire du dément précoce, s'ébauchant dans la solitude, chez un individu dont toutes les manifestations traduisent la dépression, l'inertie, l'indifférence, l'abstraction du monde extérieur, est bien spécial et très tôt, fait mettre le doigt sur le manque de synergie, de logique, pourrait-on dire, de la vie intra-psychique du dément précoce.

Le plus souvent, ce rire est discret, silencieux ; quelquefois, il s'ébauche à peine et se limite à une moitié de la face ; dans certains cas, il prend une nuance amère. Il arrive aussi qu'il soit bruyant, surtout quand l'affection est bien déclarée.

Observation IX. — D..., rit à pleins poumons, des heures entières ; il ne cesse, malgré les reproches et l'impatience de l'entourage ; jamais, il n'a donné une raison de son rire. Ce fut un des premiers symptômes saillants pour les parents.

Comme le solirire, les crises et actes de colère sont des manifestations précoces de l'affection ; elles frappent également par leur brusquerie, leur manque de rapport avec les causes d'excitation pouvant venir de l'extérieur ; plusieurs fois, il m'est arrivé de questionner l'un ou l'autre de ces malades immédiatement après l'une de ses crises et jamais, il n'a pu m'en fournir quelque explication plausible.

Aussi bien pour ces explosions de colère que pour le rire des déments précoces, on a l'impression d'avoir affaire à des courants d'activité cérébrale, désordonnés, sans lien de causalité ou de concordance avec un ensemble de processus psychiques, sans amorçage par une cause extérieure.

Les fugues des déments précoces portent également l'empreinte de l'asynergie de leur vie mentale ; le plus souvent, l'escapade se fait sans but déterminé ; elle répond à une idée surgie brusquement dans l'esprit on ne sait pourquoi ; de là le caractère inconséquent de ces fugues.

D..., (malade de l'observation VIII, p. 16), a fait une fugue en Allemagne ; il en fournit le récit suivant : « j'ai voyagé pendant quatre jours ; c'était pour me promener, parce que je ne sors pas souvent ; j'avais sur moi 63 centimes ; je n'ai presque pas mangé ; j'ai marché même la nuit et je ne me reposais que deux ou trois heures ; j'ai fini par avoir mal aux pieds ; je me suis perdu en chemin ; sans cela je serais rentré plus tôt ».

Il fournit invariablement la même explication : « c'était pour me promener, pour me dégourdir ; j'étais faible de la tête ».

Observation X. — Q..., fait des fugues de temps à autre ; un jour, il est parti de Liége jusqu'à Rochefort, où on l'a retrouvé sept à huit jours après ; on l'interroge à ce sujet :

D. Pourquoi fuyez-vous parfois ? — R. Parce que ça ne va pas et puis, c'est toujours pour travailler.

D. Que voulez-vous dire ? — R. Pour travailler, pour demander de l'ouvrage.

D. Vous n'avez pas d'ouvrage ? — R. Il y avait de l'ouvrage chez moi.

Le malade fait alors un charabia au sujet de ses anciennes occupations ; il mêle les cigares, la culture, la menuiserie.

Bref, on n'obtient pas d'explication plus justifiée des fugues des déments précoces que de leurs actes impulsifs ; ce sont des manifestations du même ordre.

* * *

Si nous pénétrons plus intimement dans le mécanisme psychique des déments précoces, pour autant que nous le permettent questionnaires et tests, nous nous heurtons aux mêmes manifestations d'activité discordante et à l'inertie, qui caractérisent avant tout leur psychisme.

Souvent, on n'obtient des déments précoces que des réponses courtes, monosyllabiques, ébauchées, émises comme à regret, d'une façon distraite ; parfois même, elles sont fournies d'une voix aphone, entrecoupée ; un de mes malades avait l'habitude de parler d'une voix éteinte ; sur injonction, il arrivait cependant à émettre des sons élevés, mais il déclarait que c'était chose difficile. Un autre ne répondait aux questions que par gestes ou par écrit, et, dans ce dernier cas, par monosyllabes ou phrases de style télégraphique.

Cette paresse d'élocution s'objective parfois par des troubles syntaxiques sur lesquels je crois intéressant d'insister.

Observation XI. — D..., énonce textuellement, au cours de l'interrogatoire, les bouts de phrases suivants : « J'ai eu syphilis » — « Je voudrais bien pas aller au bain » — « La date du premier chancre, je rappelle plus » — « Je sais pas, moi » — « Etant à St-Trond, je figurais facilelent que...» — « Ce n'est pas toujours le même et je rappelle plus ».

Observation XII. — Chez V... : On note de temps à autre le même phénomène.

D. Quelles nouvelles ? — R. Sais rien... sais rien.
D. Date actuelle ? — R. Janvier 1919.
D. Etes-vous depuis longtemps ici ? — R. Un mois.
D. La saison actuelle ? — R. Saison ?... quatre saisons... c'est hiver.

Une autre défaillance syntaxique, que l'on observe parfois assez tôt aussi, dans la Démence précoce, c'est le fait que le malade parle de lui-même à la troisième personne ; il est vraisemblable d'ailleurs que ce trouble reconnaît une autre pathogénie que les constructions elliptiques dont je viens de parler et se rattache peut-être à un trouble profond du sentiment de la personnalité.

Quoi qu'il en soit, tous ces vices syntaxiques peuvent avoir une certaine importance au point de vue du diagnostic, ainsi qu'il ressort du cas suivant.

Il s'agissait d'un jeune homme considéré comme neurasthénique, ne présentant en fait que les symptômes d'une psychonévrose banale ; un jour, en parlant de ses rêves, le malade passa brusquement à la troisième personne et dit : « Il a eu peur » ; or, deux à trois ans après, ce jeune homme est passé à la démence précoce typique.

J'ai observé le même symptôme chez un jeune homme de 17 ans, présentant des troubles mentaux de nature dépressive, avec idées d'humilité, d'indignité et des préoccupations hypocondriaques ; dans ce cas, l'allure générale du malade suffisait à orienter le diagnostic vers la démence précoce ; mais lui aussi emploie la troisième personne, en parlant de lui-même, en disant, par exemple : « Le sale garçon a fait ceci ou cela » ; il rectifie d'ailleurs quand on insiste.

Dans le décours même de la Démence précoce, il n'est pas rare d'observer ce symptôme, par intermittences. Il a donc une certaine importance, mis en parallèle avec les autres caractères d'une affection mentale. Il doit toujours être considéré comme suspect chez de prétendus neurasthéniques de l'âge jeune.

Les réponses des déments précoces sont donc en général paresseuses, pauvres, empreintes d'inertie :

Observation XIII. — D..., 27 ans :

D. Que faites vous ? — R. Je lis les gazettes qu'on m'a apportées.
D. Cela suffit à passer votre temps ? — R. Oui.
D. Quels sont vos projets ? — R. Je n'en ai pas, n'est-ce pas ?
D. Voulez-vous rester ici ? — R. (pas de réponse).
D. Voulez-vous rester ici ? — R. Il faut bien passer ainsi.
D. Aimeriez-vous retourner ? — R. Oui, j'aime bien de retourner chez moi aussi.
D. Qu'y feriez-vous ? — R. Je travaillerais un peu.
D. Quelles nouvelles trouvez-vous dans les journaux ? — R. Toutes sortes de choses.
D. (Même question) ? — R. Toutes sortes de choses.
D. Eh bien ? quoi d'intéressant ?— R. La vie, n'est-ce pas ? (tirant deux journaux de sa poche) voilà encore deux journaux qu'on m'a laissés.

Ces réponses sont émises à regret, comme si elles avaient uniquement pour but de satisfaire l'interlocuteur :

V..., (malade de l'observation XII, p. 19), 20 ans:
D. Vous êtes ici depuis quand ? — R. 10 mois ½.
D. La date actuelle ? — R. Vers le 20...19 octobre.
D. Avant de venir ici où étiez-vous ? — R. Aix-la-Chapelle.
D. Combien de temps y êtes-vous resté ?— R. Un mois.
D. Avant cela où avez-vous été ? — R. Henri Chapelle.
D. Combien de temps y êtes-vous resté ? — R. Huit mois.
D. Etes-vous en état de sortir ? — R. Oui.
D. Avez-vous demandé à sortir ? — R. (pas de réponse).
D. (Même question) ? — R. Oui... je ne sais.
D. Si vous sortiez, que feriez-vous ? — R. (pas de réponse).
D. Vous vivez au jour le jour ? — R. Oui.
D. A quoi vous intéressez-vous ? — R. (pas de réponse).
D. Que faites-vous ici ? — R. Je vais...
D. Lisez-vous ? — R. Oui... des journaux.
D. Qu'avez-vous lu récemment ? — R. (pas de réponse).
D. Lisez-vous distraitement ? R. — (signe d'acquiescement).
D. Causez-vous avec les autres ? — R. Oui... un peu...

D. De quoi ? — R. (pas de réponse).
D. Pourquoi êtes-vous venu ici ? Etes-vous malade ? — R. Oui.
D. De quoi ? — R. (pas de réponse).
D. Votre mère était-elle gentille pour vous ? — R. Oui.
D. Vous ne vous fâchiez jamais contre elle ? — R. Non.
D. Dans le temps, cela vous est arrivé ? — R. Oui.
D. Savez-vous pourquoi nous venons vous voir ? — R. Non.
D. Qui est venu vous voir ? — R. (pas de réponse).
D. Ne voudriez-vous pas vous occuper de vos affaires ? — R. Non.

Observation XIV. — R..., 26 ans :

Le malade a un air accablé, rêveur :
D. Comment allez-vous ? — R. Va bien.
D. A quoi pensez-vous ? — R. Je ne pense plus.
D. A quoi ? — R. A la vie.
D. Désirez-vous quelque chose ? — R. On m'a mené ici.
D. Voudriez-vous sortir ? — R. (longue hésitation)... je ne saurais plus.
D. Et votre commerce ? — R. Je ne le fais plus.
D. Comptez-vous le reprendre ? — R. Non.
D. A quoi vous occupez-vous ? — R. A diverses choses.
D. Comment passez-vous le temps ? — R. Je reste tranquille.
Aussi longtemps qu'on laisse le malade à lui-même, il reste inerte ; de temps en temps ,il pousse un heu ! bref, comme sous l'impression d'une vive surprise.
D. On vient vous voir ? — R. Oui.
D. Qui vient vous voir ? — R. Ma sœur.
D. Et votre père ? — R. (pas de réponse).
D. Est-il mort, votre père ? — R. (pas de réponse).
D. Demandez-vous des nouvelles de votre père ? — R. Oui.
D. Comment va-t-il ? — R. Bè...

Observation XV. — L..., qui, tantôt, demandait à retourner chez lui, d'un ton détaché, et priait de téléphoner au voiturier qui l'a amené, est interrogé à ce sujet :
D. Vous désirez retourner ? Quelles sont vos intentions ? — R. Aucune.
D. Quels sont vos désirs ? — R. Aucun... je ne sais pas... je suis comme un cheval, je suis à vendre.
D. Quels sont vos projets ? — R. Aucun.

Observation XVI. — V..., 20 ans.

D. Quelles nouvelles ? — R. Sais rien, sais rien.
D. Voulez-vous retourner chez vous ? — R. Oui, s'il y a un train.
D. Quelle date actuellement ? — R. Janvier 1919 (en réalité 1920).

D. Vous tracasse-t-on ici ? — R. De temps en temps, je ne sais pas.
D. Et les voix que vous entendiez ? — R. Non, non (rit).
D. Où êtes-vous ici ? — R. (pas de réponse).
D. (Même question) ? — R. ici ? (rit) dans un château.
D. Quel est votre nom ? — R. (pas de réponse).
D. Votre nom ? — R. Joseph.
D. Joseph qui ? — R. (Donne son nom).
D. D'ou êtes-vous ? — R. (pas de réponse).
D. D'où ? — R. (pas de réponse).
D. De ? De ? — R. (donne enfin la réponse).

Pendant l'interrogatoire, le malade gesticule, grimace, sourit ou rit ; parfois, il inspecte ses mains ou le pourtour de la chambre ou un objet quelconque à sa portée. Il exécute correctement, avec docilité, les ordres d'examen. Pas de négativisme.

Evidemment, la transcription écrite ne donne qu'une idée imparfaite de cette inertie : le retard qu'apporte le malade à répondre, le ton d'insistance que l'on doit prendre pour y parvenir, l'intonation lasse des maigres paroles que l'on obtient concourent aussi à donner un caractère spécial à cette inertie.

Il serait fastidieux de multiplier ces exemples ; il nous mettent en présence de ce fait qu'une idée ou, d'une façon plus générale, un processus psychique, amorcé avec peine dans l'esprit du dément précoce, s'éteint rapidement sur place et n'éveille aucune synergie psychique, aucun courant de diffusion dans l'activité mentale.

Cette inertie spéciale mérite de retenir notre attention et doit être distinguée de phénomènes du même ordre que l'on rencontre dans d'autres affections mentales.

Dans les états mélancoliques, on observe également une lenteur remarquable des processus psychiques, pouvant aller jusqu'à l'arrêt stuporeux; mais, en insistant chez ces malades, il est rare qu'on ne puisse mettre en vedette quelque ébauche motrice, un regard, un geste retenu aussitôt qu'esquissé, indiquant que l'expression psycho-motrice est en quelque sorte sidérée par un état cénesthésique particulier ; des déclarations de malades guéris, il semble résulter que ce soit un facteur anxieux qui inhibe à la source l'activité mentale. J'ai suivi de près une malade durant une crise de mélancolie stuporeuse ; l'inertie était très accentuée ; le regard indiquait de temps à autre une

expression de tristesse impuissante. Guérie, la malade fournit de son immobilité, de son mutisme, l'explication suivante : « Si je ne faisais aucun mouvement, c'est que j'avais peur d'aller en enfer ; il me semblait que cela se serait produit, si j'avais bougé ; j'avais peur de me faire étrangler par ceux qui étaient à côté de moi ».

Dans certains cas d'épilepsie, on se trouve également en présence d'une lenteur excessive de l'activité mentale ; mais, en somme, si le courant psychique se déploie à la façon d'un liquide fortement visqueux, il accomplit sa marche pénible dans la mesure de son rendement possible ; la bradypsychie épileptique est intime, intrinsèque, en ce sens qu'elle n'est pas conditionnée par des facteurs retardants, influençant du dehors l'arc psychomoteur.

Tout autre est l'inertie du dément précoce : les questions, les évènements extérieurs ne paraissent pas avoir de retentissement dans son esprit ; la réaction ne se produit pas ou meurt sur place ; chez lui, aucune expansion associative qui alimente l'activité cérébrale, aucune réaction émotive qui la stimule ; en d'autres termes, pas de synergie vivifiante dans le fonctionnement psychique. L'esprit, aussitôt sollicité, se distrait, se perd dans des réactions stériles : un rire s'ébauche, une gesticulation stéréotypée vient s'interposer. Tous ces facteurs s'intriquent : asynergie, apathie, déviations psycho-motrices concourent à réaliser cette inertie spéciale de la Démence précoce.

En somme, on pourrait envisager la question sous un autre angle et dire que l'inertie du dément précoce résulte d'un défaut d'attention ; l'impression que l'on recueille souvent, en interrogeant ces malades, est de ne pouvoir capter leur attention : or, l'attention, à l'état normal, résulte du concours de facteurs associatifs (analyse, comparaison, etc.), et de facteurs affectifs dans le sens le plus large du mot (intérêt des choses, réactions sensorielles, etc.) ; cette synergie a disparu chez le dément précoce.

L'attention est le facteur vivifiant de notre activité mentale : cela est si vrai que, dans certains états neurasthéniques ou psychasthéniques où la distractivité est extrême, par suite d'idées obsédantes, où le pouvoir d'attention est diminué, les malades

qui s'analysent ont l'impression de perdre leurs facultés et de ne plus être à même de conduire à bien une opération mentale.

Aprosexie, inertie mentale sont deux phénomènes qui vont de pair chez le dément précoce.

Un autre phénomène, résultant lui aussi de l'inertie psychique, s'observe assez fréquemment dans la Démence précoce : une idée ou un processus psychique, amorcé dans l'esprit du malade, pivote sur place, par un phénomène comparable à l'hystérésis du fer aimanté ; le même processus se reproduit un nombre indéfini de fois, sans trouver de voie de dérivation ou d'écho synergique dans le cerveau.

Observation XVII. — K..., 25 ans.

Les réponses sont difficiles à obtenir ; le malade marmotte constamment, d'une façon d'ailleurs peu distincte, la phrase suivante : « je veux retourner pour veiller à ce que mes parents reçoivent à temps les derniers sacrements ».

On l'interroge :

D. Qu'avez-vous là ? (en indiquant une cicatrice qu'il porte au front) — R. Je suis tombé... je veux retourner pour veiller à ce que mes parents reçoivent à temps les derniers sacrements.

D. Avez-vous beaucoup saigné ? — R. Je ne saurais me rappeler.... je veux retourner pour veiller... etc....

D. Avez-vous perdu connaissance ? — R. Non.

D. Combien de temps a-t-il fallu pour la guérison ? — R. Je ne saurais me rappeler... je veux retourner à temps pour veiller... etc...

Les réponses sont faites à voix basse, d'un ton monotone.

Observation XVIII. — S..., Pendant l'entretien, le malade tient les yeux presque clos, se lamente, inspecte ses mains, se frotte fréquemment la figure :

D. Qu'avez-vous ? — R. J'aime mes parents... comme je dis, comme je parle... j'aime mes parents...

D. Où êtes-vous ? — R. Je suis très bien où je suis... je suis au chose... au chose... ce qu'on appelle St-Servais.

D. A quoi travailliez-vous ? — R. A la peinture... je ne travaillerai plus.

D. Où travailliez-vous ? — R. Chez tous les patrons... chez tous les patrons.

D. Que feriez-vous, si vous sortiez ? — R. Toujours de même.

D. Pourquoi gémissez-vous ? — R. Parce que... j'aime mes parents... j'aime mes parents....

D. Depuis quand êtes-vous ici ? — R. Je ne saurais dire.

D. Le jour actuel ? — R. Je ne sais.

D. M'avez-vous déjà vu ? — R. J'ai déjà vu Monsieur...je ne saurais pas dire... je ne saurais pas dire.... j'aime mes parents....

D. A quoi travailliez-vous ? — R. Je travaillais... oh !... je travaillais à la peinture... j'ai travaillé... j'ai travaillé chez tous les patrons....

D. Quel jour sommes-nous ? — R. Je ne sais pas... je ne sais rien... j'aime mes parents... je veux être sauvé....

L'esprit tournoie sur place, autour d'un processus psychique donné, y revenant dès qu'on l'en écarte, tel un ressort que l'on détacherait de sa position d'équilibre.

La persévération, c'est-à-dire la reproduction ou le prolongement automatique d'un acte psychique ou moteur, est un phénomène du même ordre ; l'esprit, déplacé dans un sens donné, reproduit indéfiniment le même mouvement ou se laisse aller à l'impulsion donnée. Ce fait s'observe surtout, semble-t-il, à un stade assez avancé de l'affection ; il est l'expression la plus marquée de l'inertie psychique.

J..., (malade de l'observation VII, p. 13).

J'essaie d'éveiller quelques réactions par des mots d'épreuve ; j'inscris au haut d'une feuille, le mot Université (le malade a fait quelques études universitaires).

Sous le mot de réaction, le malade écrit quarante et en couvre toute la page ; je dois l'arrêter.

J'inscris homme : il réagit en écrivant St-Trond (où il a séjourné) un nombre considérable de fois.

Puis, spontanément, il écrit des lettres informes ou des chiffres dont il aligne des séries interminables.

Dans les cas accentués, le cerveau devient une véritable masse inerte, que l'on peut pousser presque automatiquement dans un sens ou dans l'autre.

D..., (malade de l'observation XIII, p. 20) à un stade avancé.

Tourne-t-on ses mains l'une autour de l'autre, il continue le même mouvement pendant un certain temps.

Si l'on siffle devant lui, il tend à siffler également... etc....

Je n'insisterai d'ailleurs pas sur ces troubles échomimiques, qui sont bien connus.

Dans certains cas, cette tendance fait que, dans les asiles, certains déments précoces se livrent à un véritable mimétisme, prenant les attitudes, voire la démarche de certains de leurs compagnons.

Observation XIX. — C..., prend les attitudes d'un autre dément précoce: comme lui, il s'immobilise, la tête sur les bras appuyés sur le rebord d'une fenêtre ; ils restent tous deux dans la même position pendant très longtemps ; ils sont d'ailleurs presque toujours ensemble.

Il arrive souvent aussi à C..., de suivre, pendant une demi-heure, un autre malade, s'arrêtant quand celui-ci s'arrête et reproduisant tous ses mouvements.

Parfois, on note, dans la démence précoce, un phénomène en apparence inverse de ceux que nous venons d'étudier : une idée ne parvient pas à prendre une forme décisive, catégorique dans l'esprit ; le malade répond d'une façon neutre, mi-affirmative, mi-négative. Au fond, c'est là encore une conséquence du manque de synergie psychique : l'idée pivote sur place ou ne s'affirme pas, faute de développement ou de soutien intrapsychique.

K..., (malade de l'observation XVII, p. 24).

Le malade présente assez bien de mouvements de la tête et du haut du buste ; la figure est un peu grimaçante.

D. Avez-vous mal ? — R. (souriant) Ce n'est pas que j'ai mal, mais ça m'ennuie.

D. Eh bien, quoi ? — R. (sourit, mais ne répond pas ; pousse de temps en temps un soupir).

D. Comment vous trouvez-vous ici ? — R. Bè... je dirais que....

D. (Même question) ? — R. (Fait des mouvements d'extension du buste, de la tête... etc.). J'ai difficile de... mais... (passe les mains sur le haut de la poitrine).

D. (Même question) ? — R. Oh ! ...au point de vue... je me trouve...

D. Vous plaisez-vous bien ici ? — R. Ce n'est pas que... bè... (gesticulations diverses, avec une certaine expression de malaise).

D. Avez-vous bien mangé ? — R. Bien... j'ai assez bien....

D. Avez-vous bien dormi ? — R. (soulève la main droite avec un signe d'hésitation) j'ai assez bien....

Encore une fois, c'est le ton qui fait la chanson : on retrouve souvent, chez les déments précoces, ces réponses flottantes, mal assises, de tonalité mi affirmative, mi négative.

Voici encore la copie d'une lettre d'un dément précoce, suggestivè à ce point de vue ; le malade écrit à son frère :

Observation XX. — M...,

Mon cher Charles,

Je t'ai dit que c'était un conseil que je te donnais de parler aux gens ; non, ce n'est pas un conseil, c'est un léger conseil ; je ne te conseille pas cela ; mais seulement, quand tu veux fumer un cigare, eh bien, alors, demande un peu de feu, si tu veux; naturellement, je te dis cela parce que c'est un prétexte d'adresser la parole à quelqu'un ; maintenant, j'ai renoncé à l'idée que j'avais eue.

Je lirais bien encore un livre de Jules Verne, le Tour du Monde ou de préférence les Enfants du Capitaine Grand ; si tu ne veux pas apporter, c'est bien. A moins que tu n'aimerais pas.

Maintenant, tu me disais que tu m'as dit que tu ne buvais plus de bière, mais c'est peut être mauvais de ne plus boire de bière au dîner ; enfin, je ne sais rien ; essaie toujours ; en somme, je t'écris pour te rappeler que si tu voulais adresser la parole à quelqu'un, tu n'aurais qu'à demander un peu de feu, parole à laquelle tu as déjà dû songer.

Je t'écris, c'est pour cela que je t'écris, pour te dire que ce n'est pas un conseil ; tu pourrais quelquefois t'imaginer, c'est bon et non, je n'en sais rien, mais en tout cas, ce n'est certainement pas mauvais.

Il y a même des gens qui n'aiment pas qu'on leur demande du feu et qui répondent par des petites choses désagréables. Ce n'est pas un conseil.

En somme, les observations faites jusqu'ici nous ont mis en présence surtout de l'inertie psychique du dément précoce : l'idée s'ébauche avec peine, ou, par manque de diffusion, d'association vivifiante, tournoie sur place (persévération) ou encore ne s'affirme pas (réponses neutres).

* * *

L'étude des associations des idées, chez le dément précoce, où l'activité mentale a conservé quelque vigueur, démontre que souvent, l'idée, d'abord ébauchée, est comme coupée et remplacée par une idée d'ordre tout différent, sans que l'on puisse établir quelque rapport entre elles. On dirait que, dans le cerveau, des foyers d'activité s'éveillent de ci de là, comme au hasard, sans la moindre coordination, sans la moindre synergie.

Observation XXI. — B..., 25 ans :

D. Comment vous appelez-vous ? — R. B... (exact)... avez-vous en-

tendu comme celui-là le prononçait ? Je suis un peu sale peut-être....

D. Où êtes-vous né? — R. Il était très fort celui qui vient de sortir; n'est-ce pas malheureux ? tout ce que je vois ? je suis idiot sans doute... vous permettez ? (crache à divers reprises).

D. Quel âge avez-vous? — R. Il vaut bien la peine de venir au monde.... 25 ans... 25 avril 1890 (exact)... et dire que je ne me laverai plus, puisque je suis arrivé.

Le malade soliloque, grimace ; il a des gestes et attitudes bizarres.

Observation XXII. — D...,

D. De quoi avons-nous parlé ? — R. De lettres (exact).

D. Quelles lettres ? — R. Des lettres de nouvel an.

D. En quel mois sommes-nous? — R. Au mois de novembre... ou plutôt au mois de février (exact). (A brûle-pourpoint) Vous voulez dire que j'ai des parentises à part... les mèches pour forer... forer, forer....

D. Que sont ces parentises ? — R. Ma tête ne fait rien pour le moment... c'est une vieille poutrelle à forer... j'ai passé le pont Maghin pour venir ici....

D. Quand est-on venu vous voir ? — R. Prochainement, j'aurai encore une visite...

D. Etes-vous content ici ? — R. Mon frère voudrait bien que je parte en congé illimité.

Observation XXIII. — C..., Démente précoce.

La malade écrit fréquemment des lettres assez correctes à sa famille. A certains moments, ses écrits traduisent l'incoordination dont nous avons parlé ; voici le specimen de deux de ses lettres (adressées à un ami).

1- Avez-vous reçu ma lettre concernant mon linge et mes vêtements ? Désirerais infiniment Vichy comme cure réelle et autrement, si vous pensez. Je regrette de vous déplaire continuellement, vous de même. Désirerais infiniment vous revoir. Tant d'ennuis. Des nouveaux chars à former ? Le vôtre ? Civisme, avocat, docteur, etc. Secret. Hospitalier. Serais enchantée de certaine nomination. Départ rapide. J'aime, votre plexus me replaît. Suis-je aimée ? L'Echo, Copie, Copelia, Plaid, Nobis, Vobiscum. Répond-moi, cher ami.

2- Ivresse, aux cordons bleus il faut se faire, précédent E. Me trompes-tu toujours ? Te comprends-tu souvent ? Transfert pour ces deux mots. T'ennuyé-je quand même ? Je t'ai parfois écrit et plus souvent par d'autres mains. Cela ne me dégoûte pas encore par avance. L'autre. Possessifs Coulage.

Dans les cas plus accentués, cette incoordination conduit à un charabia inextricable ; voici une lettre dans laquelle on retrouvera aussi la persévération dont nous avons déjà parlé :

Observation XXIV. — A..., 23 ans :

Je transcris l'écrit tel quel, qui n'est pas ponctué !

« Germaine de plus en plus de plus en plus de plus en plus en plus je souffre de plus en plus en plus de plus je suis en embarras de plus en plus je m'aime de voir de m'écrire d'étudier de voir de de plus en plus plus de plus en plus de m'écrire de voir de rédiger quand on est à regarder pas prendre le sujet qu'on imite ou de voir en possession de regarder j'aime mes affaires de parler donc il faut pour ma vue je regarde de plus en plus en plus et je dépasse des gens de travaille je m'étudie la malade ici de voir de plus en plus de rédiger ça ne peut vous avoir Juliette vous avez compatience de plus en plus de m'écrire de plus en plus si vous gène pas à l'arêne n il faut pas gêne de plus en plus plus souvent plus souvent s d'avoir pas aller au ss entier d'être souffre les affaires nerveuses des maines».

L'asynergie psychique se marque encore par ces « réponses à côté » et plus souvent par ces « réponses en l'air », ces réponses au hasard, si fréquentes dans la démence précoce ; la réponse à la question ou la réaction au mot d'excitation n'ont avec l'idée proposée qu'un rapport indirect (réponses à côté) ou aucun rapport logique (réponses au hasard) ; dans ce dernier cas, la réaction ne rime à rien ; le premier mot venu, la première représentation surgissant dans l'esprit sont proférés sans contrôle.

La réponse à côté implique encore un certain processus associatif ; les exemples suivants, déjà consignés plus haut, le montrent suffisamment :

D..., (voir observation XXII, p. 28).

D. Quand est-on venu vous voir ? — R. Prochainement j'aurai encore une visite.

D. Etes-vous content ici ? — R. Mon frère voudrait que je parte en congé illimité.

Observation XXV. — L...,

D. Que feriez-vous si vous sortiez ? — R. Généralement je travaille depuis l'âge de 14 ans.

D. (Même question) ? — R. J'ai des hésitations.

D. Pourriez-vous devenir comptable ? — R. Oh ! je ne suis pas artiste ni peintre. Je n'ai jamais tenu un pinceau ni en nature ni en bâtiments.

D. Quelle place attendriez-vous du Gouvernement ? — R. Toujours dans le dévouement, aux chemins de fer, par exemple.

D. Où êtes-vous né ? — R. A St-Germain (faux)... on m'a donné de nouvelles pantoufles... j'ai eu l'orteil empoisonné, parce que j'ai eu des bonnes amies.

Mais, le plus souvent, c'est la réponse en l'air, la réponse au hasard que l'on observe :

Observation XXVI. — D..., Démente précoce, 25 ans.

D. Où êtes-vous ? — R. Dans le bureau des malades (exact).

D. Votre nom ? — R. Oh...(sourit)... (donne son nom).

D. Où habitez-vous ? — R. Un petit pont.

D. Où habitez-vous ? — R. Parlement... et ma marraine...

D. Que désirez-vous ? — R. Ce que j'aime beaucoup, en fait de contraire la nuit... c'est de confection... la substance... si c'était, j'aimerais autant être occupée pour l'éternité....

On écrit quelques mots de réaction que l'on soumet à la malade et à côté desquels elle écrit :

Maison (réaction) : Bien des compliments.

Cheval (réaction) : Je ne sais plus rien et ne ferai rien aujourd'hui

Marie-Thérèse(réaction) : J'aime bien tout ce que vous avez fait ; les autres siècles nous reverront.

Invitée à écrire à son père, elle écrit :

« C'est fini et je fais les grands comme les pensionnats et j'espère que ce sera tout ».

Observation XXVII. — G...,

D. Qui sommes-nous ? — R. Une ville.

D. Quel est cet établissement ? — D. C'est une école d'élévation, de rebelles... d'armes nationaux...

D. Pourquoi vous y trouvez-vous ? — R. Parce que c'est mon droit et mon bon devoir... espagnol, de nation aragonaise....

D. Voulez-vous y rester ? — R. Dans cette maison, je n'en sais rien, parce que je n'ai plus de volonté maintenant.

D. A quoi passez-vous votre temps ? — R. A vendre des lettres de postes.

D. Lisez-vous les journaux ? — R. Non, je ne sais plus lire dans les journaux.

D, Fumez-vous ? — R. Non, je ne fume pas, parce que je ne possède plus rien (il vient de fumer).

D. Vous ne parlez à personne ici ? — R. (sans écouter)... Jean Lafontaine.

D. (Même question) ? — R. Non, je ne cause plus avec personne ; je reste muet et sourd.

On a parfois l'occasion de saisir sur le vif cette déviation

psychique, qui s'objective par la réponse inadéquate ; après avoir parcouru des voies aberrantes, parfois longues, l'esprit revient au sujet proposé :

Observation XXVIII. — S..., 30 ans :

On présente au malade une feuille de papier, sur laquelle on lui demande d'écrire sa date de naissance :

Voici ce qu'il écrit, d'ailleurs avec plusieurs arrêts :

C'est la souffrance. 2. Je ne suis pas heureux ici. J'ai subi trop de commotion cérébrale et chez moi, je serai supérieur, isolé je puis tout. le 2 juin 1884. (date exacte de sa naissance).

Puis il dépose la plume et fait un charabia dont voici quelques traits :

« La règle d'alliage enfin... je vois ce que j'écoute et j'entends ce que j'écris... quelquefois, on a tous les aspects d'un coup, on est Dieu... Jeûner, ça fait digérer... mais manger, ça donne de l'appétit... Je voudrais bien rester neurasthénique toute ma vie ».

Ses discours sont émaillés de fréquents solirires.

Observation XXIX. — R..., 25 ans.

On lui propose des calculs écrits (quatre additions de difficulté croissante). Le regard sur la page, le malade se tient d'abord dans une longue hésitation muette, puis il se livre à des jeux de mots : « la règle du jeu est de mettre le signe à côté... d'écrire le chiffre du dessus... on écrit le petit pointillé... etc.... etc... ». A un moment donné, il se décide et fait sans hésitation et sans faute, d'une seule traite, les quatre opérations.

A l'état normal, l'activité mentale se développe suivant des voies d'association multiples, parfois très complexes, de modalité variable sans doute suivant les sujets, puisque chez chacun de nous, les représentations idéatoires prennent un caractère particulier ; elles peuvent en effet se développer d'une façon prédominante dans le sens de l'un ou l'autre des composants sensoriels qui ont servi à les édifier (type auditif, type visuel, par exemple).

Quoi qu'il en soit, il semble que l'on puisse diviser les associations en deux grandes catégories :

a) Les associations par voie logique, qui se développent suivant les règles rationnelles de l'extension et de la compréhension des concepts et qui interviennent surtout dans la réflexion, dans le développement d'une thèse, par exemple ; elles entrent en jeu dans « l'attention volontaire ».

b) Les associations d'origine plus superficielle, plus automatique, partant des images sensorielles ou motrices qui sont à la base du langage intérieur ; elles interviennent surtout dans « l'attention spontanée », dans ce libre cours des représentations mentales que la volonté ne bride pas.

Ces dernières prennent une prédominance remarquable sur les associations par voie logique dans les états maniaques, par exemple, où l'on observe fréquemment des associations quasi automatiques par l'image motrice verbale (associations par assonances ou allitérations), par l'image visuelle (fausses reconnaissances). Ce genre d'associations prend toute son ampleur dans le rêve, semble-t-il.

Ce que l'on observe assez souvent, dans la démence précoce, en ce qui concerne les associations par voie logique, c'est l'association par analogie mnésique; j'ai eu l'occasion d'en observer un cas intéressant.

Ovservation XXX. — S..., vieux dément précoce, est examiné à l'appareil de Pachon ; considérant l'appareil, il entre dans des explications interminables sur un appareil qu'il a vu autrefois, dans une salle de gymnastique qu'il fréquentait, servant à mesurer la respiration, un pneumomètre, pense-t-il.

C... (malade de l'observation XIX), se plaint d'avoir des vêtements trop étroits, ne lui permettant pas d'être au ton ; autrefois, dit-il, on portait des habits plus larges ; il entre dans toutes sortes de considérations à ce sujet, dont il ne sort pas.

Les associations superficielles sont peu actives dans la démence précoce, sans doute en raison de l'inertie psychique ; de ci de là, dans les moments d'excitation, on note quelques associations par assonances ou allitérations, parfois assez baroques d'ailleurs.

G..., (malade de l'observation XXIII, p. 28), dont nous avons transcrit deux lettres, associe : l'écho, Copie, Copélia — Nobis, Vobiscum.

R..., (malade de l'observation XXIX, p. 31) associe : Liége, Lutini, Lucoton, Lucquevin. Il dit aussi : « c'est un parler de Normandie extrême, d'extrême Orient, Orienti, Orientini... ».

Dans un cas de démence précoce bien caractérisée, j'ai observé une certaine activité associative, prenant la forme de l'élucubration mythomaniaque ; ce cas mérite d'être signalé en raison de sa rareté dans l'affection.

Observation XXXI. — R....

Ordinairement, le malade était inerte et apathique. Parlait-on devant lui d'un sujet ou l'autre, il lui arrivait d'entrer à ce propos dans des considérations renversantes, paraissant d'ailleurs naître au fil du discours.

On parle incidemment d'hypnotisme devant lui :

Pour lui, « l'hypnotisme n'est qu'une manifestation de l'électricité du corps humain. Le corps humain a un pouvoir électrique d'environ 15 volts. Soixante hommes à la file développent un courant électrique suffisant pour enflammer les corps, fondre les métaux. Un corps d'armée électrise l'atmosphère et provoque la pluie ; les baïonnettes servent à garantir le corps des courants électriques, comme le paratonnerre ; elles n'ont jamais eu d'autre usage ; les guerres n'ont jamais existé, etc... etc... ».

A propos du chocolat : « le cacao provient d'Algérie et ne coûte rien. La noix est une tête de singe remplie de fèves. Ces fèves se transforment spontanément en sauterelles. La cellule du cacao se transforme directement en globules du sang ; c'est pourquoi, en prenant une tasse de cacao le matin, on se fortifie rapidement... etc... etc... ».

On retrouve des constructions fantastiques analogues, moins extravagantes cependant, dans certains états maniaques.

Quoiqu'il en soit, chez le dément précoce, le cours normal du psychisme est bien vite troublé par des processus interférents ; spontanément, le malade émet souvent des propos qui, à l'état normal, apparaîtraient comme la conclusion d'une suite de réflexions et qui, chez lui, naissent comme au hasard, sans soutien logique ; de là, ces propos bizarres, inattendus, ces réponses en l'air, ces réflexions saugrenues, quelquefois ce charabia inextricable.

* * *

En résumé l'étude des manifestations de l'activité et des processus psychiques, dans la Démence précoce, nous met en présence d'une dissolution progressive de leur synthèse mentale, résultat de l'inertie et de l'asynergie de leurs réactions psychiques.

Dès le début de l'affection, l'activité devient désordonnée, illogique, impulsive.

Leurs processus psychiques ont comme caractères l'inertie, le pivotement sur place, le manque d'expansion par les voies naturelles de l'association, la paralogisme des réactions.

On pourrait peut-être, en partant d'un autre point de vue,

se faire une idée du mécanisme psychique du dément précoce et cela, par l'étude de ses manifestations psycho-motrices.

Il est de toute évidence que les attitudes, la mimique, les gestes du maniaque ou du mélancolique, par exemple, donnent d'emblée un aperçu sur leur activité psychique.

Ne pouvons-nous pas nous livrer à la même induction chez le dément précoce et nous efforcer de nous faire une idée de son fonctionnement mental de par ses manifestations psycho-motrices ?

Voyons ce malade, dont l'activité motrice spontanée est intéressante à observer (malade cité à l'observation XVI, p. 21) :

Laissé à lui seul, sans sollicitation extérieure, il inspecte, de droite, de gauche, différents objets du bureau, sans s'y attarder, regarde devant lui avec un certain air d'étonnement, examine furtivement l'une de ses mains, esquisse un sourire. Je l'invite à écrire à sa mère : il écrit quelques lettres qu'il rature ; il s'arrête à examiner la plume, il rit ; il écrit de nouveau quelques mots et rature le tout ; puis, il aligne une série de chiffres ; il s'arrête ; il se livre entretemps à toutes sortes de gesticulations : il se frotte la figure, examine ses doigts, plisse le front et regarde devant lui ; il prend et replace le papier. Il s'arrête et inspecte le pourtour de la chambre. Il rit de nouveau et grimace. Il reprend la plume et retrace quelques lettres qu'il rature. Il s'arrête brusquement, puis écrit : Hasselt (en réalité Liége), le 4 février 1921 (date exacte). Sous cet en-tête, il trace indéfiniment la lettre H, puis des chiffres et des lettres sans ordre ; il rature le tout. Il écrit à nouveau : Hasselt, le 1er février 1921, des lettres, des chiffres alignés... etc... etc.... Il rit et grimace.

Cette interférence continuelle d'attitudes, de gestes les plus divers ne traduit-elle pas l'incoordination psycho-motrice, parallèle à l'incoordination idéologique en général ?

* * *

Soutenu par un guide extérieur, qui maintient l'orientation de son activité, le dément précoce est encore capable d'une certaine productivité.

L'épreuve de l'écrit sous dictée, la copie d'un texte peuvent encore être réalisées correctement, dans des cas où l'activité spontanée est même très désordonnée.

Le malade de l'observation XVI, que nous avons observé plus haut dans ses manifestations motrices, se montre incapable d'écrire une lettre à sa mère ; sous dictée, il écrit correctement une lettre entière, même sans se montrer tout-à-fait servile dans le texte.

D..., (malade de l'observation XXVI), qui ne parvient pas à écrire une ligne correcte, qui se perd aussitôt dans un charabia informe, copie correctement, sans omettre un signe, une page entière d'imprimé.

En insistant beaucoup, dans les moments favorables, on est souvent étonné, d'ailleurs, de mettre au jour, chez le dément précoce, des considérations, des aperçus, des souvenirs, montrant qu'il reste dans leur esprit plus de choses qu'on ne l'eût pensé à un examen superficiel.

Ces évocations possibles expliquent que certains auteurs aient nié l'état démentiel dans la Démence précoce, prétendant que les facultés de ces malades sont loin d'être déchues. Le fait est exact dans une certaine mesure, car l'incapacité productive du dément précoce est surtout faite d'inertie et d'asynergie psychiques. Le trouble primitif réside plus dans un manque de mise en valeur des ressources psychiques, par défaut de concurrence des facteurs d'activité mentale, que dans une déficience intrinsèque de ces facultés. Envisagée sous cet angle, la démence précoce est à opposer à la démence artérioscléreuse ou à la démence sénile.

A ce point de vue, la mémoire des déments précoces est intéressante à étudier ; en répétant fréquemment les explorations, on arrive à éveiller des souvenirs très précis ; mais, l'inertie souvent, l'interférence de stéréotypies, la déviation psychique, l'aprosexie qui en résulte masquent en général cette conservation relative de la mémoire.

S..., (malade déjà cité à l'observation XXX, p. 32), 46 ans.
Est à l'Asile de Glain depuis 15 ans.

D. Votre nom ? — R. (exact).
D. Votre âge ? — R. 18 ans.
D. Votre année de naissance ? — R. 1875, 25 décembre (exact).
D. L'année actuelle ? — R. 1921, en février (exact).
D. Alors, vous avez plus de 18 ans ? — R. C'est l'ancien âge qu'il faut tout de même prendre ; on ne peut pas se servir de l'histoire récente.
D. Où êtes-vous ici ? — R. A Glain, c'est près de Liége.
D. Avez-vous été au Collège ? — R. Oui, puis on est allé dans des

instituts de comptabilité, polyglottes comme on dit (il cite le nom exact de divers instituts).

D. Jusqu'à quel âge ? — R. En 1899 (exact), on est allé en Suisse, puis à Bonn pour rétablir sa santé ; on est resté 3 à 4 ans, avec un précepteur (dont il donne le nom), puis on est venu à Glain.

D. Etes-vous ici depuis longtemps ? — R. Il y a bien une quinzaine d'années (exact).

D. Quel âge avez-vous ? — R. L'âge est toujours le même.

D. Au Collège, qu'avez-vous étudié ? — R. On a étudié le grec, le latin... les mathématiques, la géométrie rectiligne et sphérique... le français, l'histoire, géographie (parle de Tite Live, Salluste, Tacite, Commentaires de César)... il y avait aussi Cicéron... des discours... oui, des discours, puis Virgile... des vers.... etc...

K..., (malade de l'observation XVII).

Au cours d'un entretien, on n'arrive d'abord à en tirer que quelques réponses monosyllabiques, hésitantes, interrompues par des gesticulations variées. Vers la fin de l'interrogatoire, les mouvements diminuent et le malade arrive à renseigner avec détails le programme de l'Ecole industrielle qu'il a fréquentée (matières des diverses années de cours et noms des professeurs).

L'affection remonte cependant déjà à plus de deux ans.

Au cours de l'examen de ces malades, il faut souvent répéter la question sous diverses formes pour se persuader que le souvenir que l'on veut évoquer est encore enregistré. Il faut être en garde surtout contre l'aprosexie du malade ou les réponses en l'air qu'il fournit dès l'abord.

V..., (malade de l'observation XVI, p. 21).

D. Quel âge avez-vous ? — R. 20 ans (exact).

D. Le mois actuel ? — R. Février, je crois (exact).

D. Quelle est la date ? — R. Janvier 1919.

D. Mais ? — R. Février 1921 (exact).

D. Quel est le jour ? — R. Pas regardé au calendrier... il y en a un dans la salle à manger...

D. Depuis quand êtes vous ici ? — R. Un mois.

D. Mais ? — R. Un an (exact).

D. Jours de la semaine ? — R. (exact).

D. Combien d'heures en un jour ? — R. 12.

D. Mais ? — R. 24.

D. Combien de minutes en une heure ? — R. 24.

D. Mais ? — R. Je ne me rappelle plus.

D. Mais ? — R. Ah !... 60... (gesticule).

D. Combien de secondes en une minute ? — R. Sais pas.

D. Mais ? — R. 10 secondes.

D. Mais ? — R. Ah oui !... 60...

Sur insistance, le malade donne aussi des détails corrects sur les auteurs classiques étudiés (Ovide, César, Virgile... etc), mais on doit extraire ses souvenirs.

Observation XXXII. — D...

Invité à dire les chiffres dans l'ordre :

1, 2 (s'arrête)... 3 (paraît s'absorber)... 5... (on l'invite à l'attention)..., 6, 7, 8, 9... va correctement et rapidement jusqu'à 70 (on l'arrête).

Pour l'alphabet, il embrouille les lettres, n'achève pas ; quelques jours après, soumis à la même épreuve, il les énonce correctement et prestement d'un bout à l'autre.

Il semble donc bien que la mémoire, dans la démence précoce, est moins atteinte qu'on pourrait le croire à première vue.

Il n'est cependant pas exact d'affirmer qu'elle soit intrinsèquement indemne, car, dès le début même de l'affection, on peut mettre en vedette des lacunes parfois singulières dans les souvenirs.

Observation XXXIII*a*. — J..., 17 ans.

Les interrogatoires, suivant les schémas de Sommer, révèlent l'existence de lacunes toujours les mêmes ; par exemple, dans l'énoncé des jours de la semaine, des mois de l'année, il oublie toujours le jeudi et le mois de septembre. Durant cette période, le malade n'est ni négativiste, ni distrait par des stéréotypies ; il traverse plutôt une phase délirante qu'on observe souvent au début de l'affection.

V..., (malade de l'observation XVI, p. 21).

Place Noël au mois de février ; je lui demande : et le 25 décembre ? — R. « N'est-ce pas la St-Nicolas ? » Cette lacune s'est révélée au cours d'interrogatoires où l'on obtenait des réponses correctes, sinon immédiatement, du moins sur insistance et rectification.

Cette déficience de la mémoire, chez le dément précoce, ne répond d'ailleurs pas à la loi de régression des amnésies organiques ordinaires, suivant laquelle le complexe s'efface avant le simple, le récent avant l'ancien ; souvent, un dément précoce est incapable d'évoquer un souvenir banal, alors que des faits complexes sont rappelés sans effort.

L'orientation quant aux personalia, temps, espace, est, en thèse générale, conservée dans la Démence précoce ; les malades sont à même de fournir des renseignements assez corrects sur

les évènements de leur vie, leur famille ; s'ils n'ont pas toujours une notion précise des dates, de leur temps de séjour à l'Asile, c'est à cause de leur apathie : ils ne prennent pas la peine de noter le cours des mois et des années ; mais, en général, ils ont conservé l'orientation générale quant à la succession des péripéties de leur existence.

Ces considérations nous placent en face de cette conclusion que, dans la Démence précoce, les fonctions intellectuelles élémentaires, la mémoire ne sont en général pas compromises au point de produire une réduction du rendement psychique telle que celle qu'on observe dans cette affection ; on ne peut certes pas affirmer que ces facultés soient intactes, mais les investigations patientes, les sollicitations répétées prouvent assez que le psychisme est loin d'y être dégarni.

A la longue, cependant, l'inertie psychique des déments précoces, l'activité désordonnée, asynergique, improductive de leurs facultés, leur aprosexie les conduit à une grande pauvreté intellectuelle ; s'abstrayant du monde extérieur, le dément précoce ne conserve plus qu'une vie psychique étayée sur des débris, mal utilisés d'ailleurs ; non entretenu par des apports et un fonctionnement régulier, son psychisme s'étiole ; c'est, qu'on me passe le mot, une atrophie par immobilisation.

Disons en passant que ces considérations doivent entraîner un corollaire thérapeutique : beaucoup de déments précoces bénéficieraient d'une sorte de traitement mobilisateur, visant à solliciter, par des procédés variables suivant les cas, le jeu de leurs facultés mal utilisées. Mais, il faudrait pour cela une organisation spéciale des asiles, comportant notamment des ateliers où les malades pourraient être occupés et stimulés.

II. — L'indifférence, l'apathie.

Un second aspect essentiel de la vie psychique du dément précoce est son indifférence, son apathie, le peu de réaction qu'il manifeste en présence des évènements extérieurs.

Cette indifférence, comme les premières manifestations de l'asynergie psychique, est un phénomène précoce dans l'évolution de l'affection.

Le malade devient indolent, paresseux ; il se désintéresse de sa profession, de ses études, et se montre insensible aux reproches qu'on peut lui faire à ce sujet.

Il ne manifeste plus aucune marque d'affection à l'égard de ses proches ; il semble s'abstraire, se replier en lui-même, se créer une vie intérieure dans laquelle il se complaît.

Comme je l'ai déjà noté, cette indifférence n'est pas limitée aux manifestations affectives proprement dites ; le simple intérêt des choses, du mouvement de la vie ne produit en eux aucun écho ; leur incuriosité est complète ; dans les cas accentués, le malade devient comme une masse inerte, sur laquelle on n'a pas de prise.

Cette indifférence est, dans le domaine affectif, la conséquence de l'inertie psychique du dément précoce. Certains auteurs (Stransky) ont opposé, chez ces malades, les fonctions intellectuelles aux fonctions affectives, en faisant ressortir l'atteinte prédominante de ces dernières et le maintien relatif des premières. Dans la terminologie de Stransky, le thymopsychisme (affectivité) serait pris plus profondément que le noopsychisme (intellectualité).

Cette manière d'envisager les choses me paraît reposer sur une interprétation erronée des faits : un caractère essentiel de toute l'activité psychique du dément précoce est une grande inertie ; dans le domaine affectif, cette inertie abolit tout, car les réactions affectives ne s'inscrivent pas en engrammes évocables, dans le cerveau ; dans le domaine intellectuel, l'inertie psychique laisse évidemment derrière elle tout un passé, ce qui a été acquis dans la vie psychique antérieure ; d'où cette dissociation apparente entre l'atteinte des fonctions intellectuelles et affectives.

Une confirmation de cette opinion est le fait que, dans le cours de la démence précoce, si les fonctions psychiques reprennent quelque activité, au cours d'une rémission de l'affection, fonctions intellectuelles et affectives passent par des phases parallèles.

Observation XXXIII*b*. — C....

Après plusieurs années d'inertie, de désordre des actes, d'apathie absolue, le malade traverse une période de réveil psychique ; dès lors, il insiste pour quitter l'Asile, écrit des lettres à ce sujet tant à ses parents qu'aux médecins et finit par obtenir une sortie d'essai ; en même temps, il s'oc-

cupe, passe son temps à dessiner des plans de bâtiments, de machines, abracadabrants sans doute, mais indiquant une certaine activité intellectuelle.

Affectivité et intellectualité ont donc récupéré d'une façon parallèle.

K..., (malade de l'observation XVII, p. 24).

Démence précoce d'évolution typique, ayant évolué complètement à l'Asile de Volière de janvier 1908 à janvier 1919.

Le malade, quelques mois après son entrée, sort pendant un mois ou deux de son inertie et de son mutisme ; intellectualité et affectivité reprennent parallèlement ; il fournit des réponses congruentes lors des interrogatoires, s'occupe, s'intéresse à l'entourage et reçoit avec joie la visite de ses parents, auxquels il manifeste de l'affection.

R..., (malade de l'observation XXXI, p. 33).

A l'Asile, le malade se montre en général indifférent, rêveur, concentré. Dès qu'il sort de son inertie habituelle, c'est généralement pour demander à ses parents, souvent par une courte lettre, de venir le reprendre.

Mon cher père,

Veuille bien t'informer de ce qui se passe ; je t'ai déjà écrit différentes fois et ne reçois aucune réponse. Ma santé est pourtant tout à fait rétablie. J'ai demandé différentes fois au Directeur de téléphoner ; il m'a répondu que, dans son règlement, cela ne lui était pas permis. Les médecins se réfèrent d'après vous pour me laisser retourner. Veuillez donc envoyer la voiture le plus tôt possible.

Ton Fifi.

Je te demande pardon. J'ai oublié cette lettre-ci en partie.

Le post-scriptum est bien typique !

Un caractère particulier de l'indifférence du dément précoce est que le malade n'en souffre pas. Tout au début de l'affection, cependant, il a parfois conscience de son incapacité et s'en lamente ; ce fait donne quelquefois au début de la maladie, une allure neurasthéniforme ; mais, bientôt, le dément précoce tombe dans l'indifférence de son indifférence.

A ce point de vue, l'indifférence du dément précoce est à distinguer de l'apathie qu'accusent certains psychasthéniques ou psychonévrosés, dont j'ai rapporté un cas remarquable dans une étude sur les troubles de la personnalité (Contribution à l'étude des troubles de la personnalité. *Bull. de l'Académie de Médecine*

de Belgique, 1920) : ces malades se plaignent d'avoir perdu toute sensibilité affective ou émotive ; il s'agirait, dans ce cas, d'un manque d'intégration des facteurs organiques de l'émotion dans la personnalité consciente.

III. — Phénomènes moteurs dans la Démence précoce.

Jusqu'ici, nous avons caractérisé le psychisme du dément précoce avant tout par l'inertie et l'asynergie psychiques, l'inertie répondant, dans le domaine affectif, à l'indifférence du malade.

Au point de vue moteur, je noterai deux ordres de symptômes qui, sans être pathognomoniques, s'y rencontrent souvent et avec une richesse particulière : ce sont, d'une part, les stéréotypies et, d'autre part, ce que j'appellerai le phénomène de la déviation psycho-motrice.

A. Les stéréotypies.

Les stéréotypies avaient déjà été notées, dans certains états démentiels, par Esquirol ; elles sont très fréquentes dans la démence précoce.

Elles consistent en des attitudes, des gestes, des mouvements, des façons d'agir qui se reproduisent fréquemment avec les mêmes caractères.

L'activité stéréotypée, c'est-à-dire canalisée dans un certain sens, est en soi un phénomène normal : chacun, nous adoptons des modes d'activité se répétant d'une façon identique, en quelque sorte automatiquement, bref, marqués au coin de la stéréotypie.

Chez le dément précoce, ces stéréotypies frappent par leur richesse, leur bizarrerie, leur amplification grotesque ou caricaturale et surtout par leur manque de corrélation avec un but déterminé ou un ensemble de circonstances contingentes.

Ici encore, nous nous heurtons à cette asynergie psychomotrice, conférant un caractère particulièrement disharmonique aux manifestations motrices du dément précoce.

Je n'insisterai pas sur les formes diverses des stéréotypies ;

je me bornerai à en relater certains aspects spéciaux, d'après des observations personnelles :

S..., (malade de l'observation XXX) ne peut prendre place à table, sans examiner sa chaise sous toutes ses faces et sans la remplacer par une autre, comme si celle-ci avait des qualités spéciales.

M..., (malade de l'observation XX) ne se résout jamais à franchir une porte, sans s'arrêter quelques instants sur le seuil, comme s'il y avait un obstacle.

Observation XXXIV. — P..., a une démarche spéciale : il marche à longues enjambées, en poussant fortement les épaules en avant, imprimant ainsi au tronc des mouvements de rotation.

On observe assez fréquemment, dans la démence précoce, de ces stéréotypies déambulatoires : souvent, le malade se promène rapidement, tête baissée, mains dans les poches, dans la cour de l'Asile ou dans un couloir ; si on l'interpelle, il lance une réponse furtive et grincheuse et reprend son manège. J'ai parfois observé aussi une stéréotypie procursive : brusquement, le malade se met à trottiner ou à se lancer en avant. Certains tournent en cercle dans un coin du jardin. Parfois, comme nous l'avons déjà signalé, le malade se met aux trousses d'un autre malade, qu'il suit pas à pas.

Dans beaucoup de cas, les gestes stéréotypés ont un caractère intermittent : pendant de longues périodes, le malade semble les abandonner complètement. Souvent aussi, ils sont discrets : c'est un mouvement du tronc, des inspections furtives des mains, des mouvements de circuminspection, des frictions de la tête ou de la face, des mouvements d'époussètements de la manche de l'habit ou du bord de la table, etc.

L'attitude habituelle du dément précoce traduit le laisser-aller, la nonchalance, l'inertie ; certains malades prennent volontiers des attitudes grotesques, clownesques ou caricaturales.

Quelquefois, la stéréotypie d'attitudes peut affecter un seul côté et revêtir un aspect hémiplégiforme :

Observation XXXV. — D....

Debout, il tient la jambe droite tout-à-fait raidie ; l'avant-bras droit reste généralement fléchi ; les mouvements passifs sont un peu plus résistants de ce côté ; il se sert d'ailleurs correctement du membre supérieur pour endosser son veston. Dans la marche, les mouvements des membres droits ont quelque chose de raide, de spasmodique : le pied droit racle le sol ; dans le membre supérieur droit, on observe des oscillations assez lentes, irrégulières, dépendant d'une légère pronato- supination du membre. A certains moments, le malade marche très librement, notamment quand on est derrière lui pour le pousser moralement. Les

réflexes profonds sont d'ailleurs égaux des deux côtés ; le réflexe plantaire est normal du côté pseudo-hémiplégié.

Dans d'autres cas, les deux membres supérieurs, par exemple, prennent une position asymétrique :

S..., (malade de l'observation XVIII, p. 24) :

Le malade s'accroupit et se plie tout entier. Les mains sont toujours en dedans des manches, les doigts agités de légers mouvements. Les pieds sont ordinairement reportés en dedans, surtout le gauche, le corps incliné d'un côté. Les deux mains sont en position asymétrique : c'est ainsi que, toujours, le pouce gauche est fortement replié vers la paume et que le petit doigt du même côté vient chevaucher l'annulaire, les doigts étant un peu fléchis ; à droite, la main est totalement fléchie.

Les grimaces, les gesticulations bizarres qu'il est difficile de fixer dans leur polymorphisme, sont au moins aussi fréquentes que les stéréotypies, dans la Démence précoce.

Parfois, elles frappent par leur caractère disharmonique : nous avons déjà cité l'hémirire. Parfois, le front se plisse, exprimant l'étonnement, alors que la partie inférieure de la face exprime le sourire. Ces grimaces revêtent parfois un aspect spasmodique ; jointes aux secousses fasciculaires péribuccales, elles contribuent, dans certains cas, à donner une mobilité extrême à la face.

Un symptôme particulier, se rattachant plus ou moins aux stéréotypies, est fréquemment observé dans la démence précoce ; c'est le collectionnisme ; beaucoup de déments précoces emplissent leurs poches de brindilles, de feuilles, de détritus les plus variés ; le collectionnisme de ces malades est particulièrement malpropre.

Le collectionnisme, pas plus que les stéréotypies, n'est spécial à la Démence précoce.

J'ai observé des stéréotypies manifestes dans la paralysie générale :

Je rappellerai le cas de W... (malade de l'observation III, p. 9) :

Observation XXXVI. — N..., se livre aussi pendant de longs mois à des mouvements stéréotypés. Il se promène en agitant les bras d'une façon bien spéciale, rapprochant et écartant les mains comme dans le geste d'étirer un objet ; en même temps, il respire bruyamment comme un homme hors d'haleine. Ces gestes particuliers continuent même à table,

entre deux bouchées ; le malade paraît complètement entrepris par leur réalisation.

Dans l'idiotie, on observe aussi des mouvements stéréotypés, mais, souvent, ils ont un caractère plus automatique que dans la démence précoce.

B. La déviation psycho-motrice.

En étudiant le mécanisme psychique du dément précoce, nous avons déjà signalé le fait de la déviation psychique : l'esprit abandonne facilement un ordre d'idées actuel ou un sujet que l'on veut lui suggérer, pour se perdre dans des voies aberrantes, quitte parfois à revenir au point initial après un circuit compliqué.

Ce que j'appelle la déviation psycho-motrice est un aspect particulier de ce symptôme et l'objective d'une façon toute spéciale.

Si vous interrogez un dément précoce, souvent, vous ne parvenez à capter son attention que d'une façon très fugace : il paraît aussitôt distrait, dévié du sujet proposé par une réaction psycho-motrice intempestive ; par exemple, il inspecte le pourtour de la chambre, l'une de ses mains, regarde d'une façon étourdie à droite ou à gauche, rit, marmotte, se déplace sur son siège, gesticule, etc.

Les questions, les sollicitations ne semblent pas à même de détacher quelque temps l'activité cérébrale de ces actes moteurs répétés. Dans beaucoup de cas, elles les provoquent même ou les rendent plus fréquents ; il est des moments où le cerveau semble complètement entrepris à les réaliser. A peine secoué, le psychisme retourne à la réaction psycho-motrice, dont il paraît être l'esclave.

Le négativisme, que l'on observe à des degrés variables dans la démence précoce, relève dans les cas peu accentués, de l'inertie du malade et de la déviation psychique, voire psycho-motrice ; le malade ne répond-il pas à l'ordre (négativisme passif), c'est l'inertie qui entre en jeu ; répond-il par un acte opposé ou étranger à l'ordre (négativisme actif), c'est la déviation psychique qui intervient.

Quant au négativisme accentué, où le malade s'oppose à toute incursion étrangère, il est commun à beaucoup d'états stuporeux, qu'ils appartiennent à la démence précoce ou à d'autres affections mentales.

* * *

En résumé, nous considérons donc comme caractéristiques de la démence précoce, l'inertie globale, intellectuelle et affective, et l'asynergie, qui sont à la base même de leur psychisme et conduisent à une dissolution progressive de la synthèse mentale.

Au point de vue psycho-moteur, les stéréotypies et la déviation psycho-motrice réalisent souvent une traduction objective de ces déficiences psychiques.

Evolution de la démence précoce.

L'évolution de la démence précoce peut présenter des modalités assez variables ; pour établir un point de repère et pour préciser l'idée que nous nous faisons de l'affection, nous donnerons d'abord à grands traits quelques histoires cliniques d'allure typique à notre sens.

K..., (malade déjà cité sous l'observation XVII, p. 24) :

Né le 26 août 1883, le malade entre à l'Asile de Volière, le 4 janvier 1908.

Ce jeune homme, dessinateur de profession, a fait d'assez bonnes études et travaillait correctement. Il n'a pas, dans ses antécédents personnels, d'accidents pathologiques notables ; il n'a pas notamment souffert d'éclampsie infantile.

Dans ses antécédents héréditaires, on ne note pas de troubles névropathiques ou dyscrasiques flagrants.

Aux dires des parents, le malade a toujours été concentré, s'isolant volontiers, ne recherchant pas les distractions.

Jusqu'à l'âge de 23 ans environ, il a répondu aux exigences de son métier ; mais, depuis lors, soit deux ans avant son admission à l'Asile, il a suspendu ses occupations : il devient nerveux, irritable, ne sait se tenir à la besogne; il a conscience de son incapacité et s'en lamente parfois.

A certains moments, il semble s'enfermer davantage encore dans un état de concentration psychique : il paraît s'abstraire de l'entourage, avec lequel il ne daigne plus communiquer. Il se tient dans un mutisme farouche et parfois, on le surprend riant seul, comme de souvenir, disent les parents.

Pendant toute cette période, il souffre d'insommie ; quelques jours avant son internement même, ses nuits sont agitées, inquiètes ; le malade circule nerveusement, allant, venant, voulant fuir comme sous la menace d'un danger imminent. Cet état d'agitation de plus en plus marqué nécessite la collocation.

Le malade, de petite taille, est dans un état de santé physique satisfaisant. Sa conformation cranio-faciale est asymétrique, le front irrégulier ; les oreilles présentent quelques anomalies, notamment une pointe de Darwin des deux côtés. La réflectivité est normale.

Dès son entrée, K..., se montre engourdi ; son attitude traduit l'affaissement ; ses réponses, quoique exactes, sont énoncées d'une façon lente, hésitante : son attention fuit à tout instant et doit être sollicitée avec énergie. Le malade se montre indifférent à sa situation.

Entretemps, on le voit gesticuler des mains, qu'il frotte fréquemment l'une sur l'autre, d'une façon guindée ; il fait fréquemment des mouvements de la tête et du haut du buste ; la face est grimaçante.

Ses réponses deviennent de plus en plus hésitantes, lentes, neutres, fragmentaires.

L'apathie, l'indolence, la distraction fournissent la tonalité habituelle de son état mental ; avec beaucoup d'insistance, on arrive parfois, cependant, à se rendre compte que les souvenirs de sa vie antérieure sont encore assez précis dans sa mémoire.

Quelques semaines après son entrée à l'Asile, il refuse de manger et se tient dans un mutisme complet. Des phénomènes cataleptiques commencent à se dessiner : le malade conserve longuement les positions données aux membres. Il prend une attitude figée et marmotte constamment la même phrase. Il devient gâteux d'urines et de selles.

Pendant deux à trois mois (d'avril à juin 1908), cet état stuporeux se résout un peu : le malade s'occupe, fournit des réponses lentes et hésitantes sans doute, mais exactes : il n'est pas gâteux.

Il retombe à nouveau dans une phase où les phénomènes moteurs sont très marqués : il gesticule beaucoup, tord la tête, inspecte ses mains. Il conserve encore les positions imprimées aux membres ; parfois, son corps frémit. Ses réponses restent toujours marquées au coin de la lenteur et de l'hésitation. L'inertie mentale est de plus en plus marquée et frise l'avachissement.

Dans la cour de l'Asile, par contre, il se met souvent à gambader, à courir ; il mange en circulant dans la salle.

En 1913, donc cinq ans après son admission à l'Asile, K... ne donne pas le moindre signe d'intelligence, quand on l'interpelle ; il n'exécute pas, sur simple injonction, les ordres donnés ; il n'oppose cependant pas de résistance active ; c'est une véritable masse inerte. Ses mouvements sont lents, maladroits. Il conserve très longtemps les positions données.

En insistant, on obtient de lui quelques réponses faites à voix peu élevée et à peu près exactes.

Il ne s'occupe plus. A l'Asile, il a encore des tendances procursives. Sa santé physique devient plutôt précaire : il présente de temps en temps de l'oedème malléolaire.

Il végète dans cet état d'inertie et meurt en juin 1919, à 36 ans, sans cause bien définie ; il s'alimentait mal depuis quelque temps et s'est éteint.

D..., (malade déjà cité sous l'observation XIII, p. 20) :

Né le 24 décembre 1877, il entre à l'Asile de Volière, le 25 juillet 1897.

Le malade n'est pas indemne de tares héréditaires : le père est un exalté, abusant de l'alcool. Un frère aîné a été séquestré.

Il a toujours été concentré, s'isolant, lisant beaucoup ; il n'avait pas d'amis. A fait ses études primaires et était porteur de dépêches.

Il avait des habitudes d'onanisme.

Les premiers troubles remonteraient à 3 ou 4 ans avant l'entrée du malade, soit à l'âge de 16 ans : D..., devient plus timide encore, plus maussade ; il a des accès de colère injustifiée et se livre à des violences sur les personnes et sur les choses. Il se montre paresseux, indolent et émet les projets les plus changeants et les plus extravagants. Il devient méfiant et manifeste même quelques idées vagues de persécution. Il a fait plusieurs fugues. Il se montre vorace.

A son entrée à l'Asile, il a 19 ans $^1/_2$. Il est dans un état de grincherie, de mauvaise humeur ; on note de la torpeur intellectuelle, des renseignements peu nets, fournis de mauvaise grâce. Il présente quelques malformations cranio-faciales et est gaucher.

Reprenant un peu de tenue à l'Asile, il rentre à domicile pendant deux ans. Une fugue, le retour d'actes violents nécessitent le réinternement (avril 1900).

A l'Asile, il se montre très sombre et tente de s'évader à plusieurs reprises ; il arpente constamment la cour d'un pas rapide. Parfois encore, il s'emporte d'une façon impulsive. Il ne parle que sur interpellations, d'une manière indolente, à voix peu distincte.

Parfois, on observe de légères contractions des muscles de la face et parfois, de légers haussements d'épaules. Il marmotte de temps à autre, en examinant longuement ses mains ou la manche de sa chemise.

Cet état perdure. En 1910, il est dans le même état d'insouciance, d'inertie intellectuelle, ne parlant pas spontanément, ne donnant de réponses, d'ailleurs assez exactes, que sur sollicitations pressantes.

Il gesticule beaucoup : il se tapote les lèvres de la main, fait le geste d'essuyer des poussières sur ses vêtements ou sur la table ; il inspecte fréquemment en rond ; la figure grimace ; il marmotte très souvent. Il ne frappe plus sur ses compagnons, mais parfois sur les portes, les murailles.

Il ne conserve pas les positions données, mais répète assez régulièrement certains mouvements imprimés passivement, comme de porter les paumes sur la tête, de tourner les mains l'une autour de l'autre. Il ne résiste pas aux ordres donnés.

Il meurt en juillet 1918, vers 40 ans, de cachexie : il se nourrissait mal, avait de l'oedème des membres inférieurs. Il a continué jusqu'à la fin ses mouvements stéréotypés.

V..., (malade cité sous l'observation XVI, p. 21) :

Né le 8 octobre 1900, entre à l'Asile, le 12 novembre 1919.

Ce jeune homme ne présenterait pas de tare héréditaire notable.

Il a toujours été assez taciturne, recherchant l'isolement, assez prompt à la colère.

Il a fait de bonnes études moyennes et remplissait correctement ses fonctions d'employé.

Dans le courant de 1919, quelques mois avant son entrée, il devient irritable, énervé, dormant mal, souffrant de troubles dyspeptiques et ne

peut plus se tenir à la besogne. Il s'alimente irrégulièrement et maigrit quelque peu.

A son entrée (novembre 1919), le malade se montre plutôt taciturne, fournissant des renseignements exacts sur sa personnalité mais avec peine, comme à regret : il est parfaitement orienté. Il se plaint de douleurs épigastriques et de céphalée frontale.

A certains moments, son état d'inertie et d'apathie habituelles est coupé par des périodes d'énervement, au cours desquelles il se montre inquiet, comme obsédé : il déclare alors qu'on lui en veut, sans pouvoir spécifier. Peut-être entend-il des voix, mais il ne précise pas.

Ses réponses, exactes quant au fond, sont émises d'une voix lente, sourde, sans expression. Il n'exprime aucun désir et se déclare satisfait de son séjour. Son attitude est timide : il rougit facilement.

Parfois encore, il dit entendre des voix : « on parle de livres et d'auteurs ; ce ne sont pas de vraies voix ; ce ne sont pas mes idées non plus ; on dirait qu'on parle à ma tête ; ce ne sont pas mes idées ; cela m'ennuie ».

Il végète dans cet état d'apathie, entrecoupé de rares crises de colère impulsive, d'ailleurs fugaces. De temps à autre, on le voit grimacer ou sourire.

En janvier 1921, un an et demi après le début de son affection, il est toujours aussi indifférent à sa situation ; il ne s'occupe pas ; le plus souvent, il s'isole dans un coin ou un endroit écarté du jardin.

Ses réponses deviennent de plus en plus maigres. Les phénomènes moteurs se sont beaucoup accentués : il se livre à toutes sortes de gesticulations, que j'ai décrites plus haut.

On arrive, par des interrogations répétées, à se rendre compte que sa mémoire est relativement bonne.

Il n'est nullement négativiste. Il n'a pas de tendance au maintien des attitudes données.

Les visites de ses proches le laissent indifférent ; il ne leur adrese pas la moindre parole ; il les quitte comme il les reçoit, sans la moindre marque d'affection.

Bref, ce qui domine chez ce malade, c'est l'inertie et la richesse des phénomènes moteurs.

* * *

Les trois observations précédentes auront déjà montré que, souvent, les futurs déments précoces recherchent l'isolement, ne nouant pas d'amitié, vivant volontiers renfermés, lisant beaucoup et ne prenant pas de distractions.

Cette vie en soi-même, cet autisme, comme on l'a appelée, est une manifestation qui n'est pas spéciale cependant aux prédestinés de la démence précoce. On la note assez souvent, notamment chez les psychasthéniques ; elle n'est dans beaucoup de

cas que l'expression de la constitution névropathique, idéo-obsessive : l'esprit, porté à la rumination, se concentre et s'abstrait plus ou moins du monde extérieur ; une sorte de pudeur empêche d'ailleurs souvent ces malades de se confier, car ils sentent le côté pathologique de leur vie psychique.

Cette particularité ne doit donc pas être considérée comme un symptôme avant la lettre de la démence précoce, mais comme une simple anomalie névropathique. Il en est de même de l'onanisme exagéré et précoce (auto-érotisme des psycho-analystes) qui, lui aussi, s'observe chez les simples tempéraments névropathiques, ainsi que de la tendance aux ruminations philosophiques ou mystiques.

Dans certains cas, on note, dans les antécédents personnels du dément précoce, des accidents mentaux caractérisés, précédant de loin l'éclosion de l'affection :

D..., (malade citée à l'observation XXVI, p. 30) :

Née en 1893. On ne relève pas d'antécédent héréditaire notable.

En pension, la malade était toujours en tête de sa classe. Vers l'âge de 14 ans, au moment de la puberté, elle fait une crise de dépression anxieuse assez accentuée, puisqu'il y a de la sitophobie, qui dure environ un an.

Elle se rétablit complètement, reprend la vie normale, mais conserve cependant une certaine susceptibilité de caractère.

En 1916, à l'âge de 23 ans, apparaît de l'excitation avec phénomènes hallucinatoires. Progressivement, la malade passe à l'inertie caractéristique de la démence précoce, avec crises impulsives typiques assez fréquentes. Actuellement encore (1921), elle est dans cet état.

A..., (malade de l'observation XXIV, p. 29) :

Née en 1893. Comme antécédents héréditaires, rien de notable, sauf du nervosisme chez la mère.

En 1909, vers l'âge de 16 ans, la malade fait une crise d'excitation d'allure maniaque, nécessitant son internement : elle manifeste de l'agitation assez marquée, avec humeur gaie, expansive, actes excentriques, érotisme. Cette crise dure trois mois et la malade sort, considérée comme guérie.

En janvier 1916, à l'âge de 23 ans, la malade rentre à l'Asile avec les symptômes manifestes de la démence précoce : inertie typique, agitation impulsive de temps à autre. Actuellement encore (1921), elle se trouve dans le même état.

Quoi qu'il en soit, le début même immédiat de la démence précoce s'établit souvent insidieusement, sans bruit, sans crise aiguë caractérisée ; les symptômes propres à l'affection s'installent progressivement ; le malade entre pour ainsi dire de plain pied dans la maladie; c'est le cas pour les trois histoires cliniques que nous avons relatées plus haut.

Progressivement, le sujet perd toute aptitude au travail ; son activité psychique se disperse dans les manifestations asynergiques que nous avons signalées ; le plus souvent, ce sont les fugues ou les actes impulsifs du malade qui nécessitent l'internement.

Le tout premier début de la démence précoce se caractérise parfois par une certaine hyperactivité psychique, encore coordonnée :

D..., (malade de l'observation XXVI, p. 30) :

Au début même de son affection, à l'âge de 23 ans, la malade fait preuve d'une certaine activité psychique ; voici une des poésies que la malade écrivait, quelques mois à peine avant que les symptômes de la démence précoce se marquent nettement :

Printemps de guerre.

Eh quoi ! soleil d'avril, tu nous reviens encore !
Tu nous reviens encore et tu n'as pas compris
Que nos fronts sont trop las pour tes rayons d'aurore
Et nos cœurs trop meurtris.

—

Une nouvelle fois ton éclat pacifique
Eclairera le deuil de la noble Belgique
Ton éclat le plus pur, ton éclat le plus beau
Une nouvelle fois, luira sur un tombeau.

Tu ne sècheras pas tant de larmes amères
Dont l'angoisse a rempli le cœur blessé des mères
Qui maudira toujours ton charme renaissant
Tandis que peut mourir son héroïque enfant.

A défaut d'oubli, verse-nous l'espérance,
Beau soleil de printemps ! Soutiens notre vaillance,
Et pour calmer les maux de ce trop long sommeil,
Par avance, dis-nous l'hymne du grand Réveil.

Observation XXXVII. — K...,

Tout au début de son affection, le malade se livre également à des essais

poétiques ; ceux-ci sont d'ailleurs assez puérils, en raison du fond débile du sujet.

* * *

La phase initiale de la démence précoce est parfois marquée par une activité délirante de l'esprit, peu productive souvent, mais donnant cependant à cette période de l'affection une allure paranoïde. Ces épisodes délirants peuvent parfois être assez longs, mais, petit à petit, les manifestations délirantes s'effritent ; le malade devient indifférent à leur évocation et tombe dans l'inertie caractéristique.

A la période d'invasion de la démence précoce, il est banal de noter des idées délirantes passagères ; le plus souvent, elles se ramènent à l'impression d'un empiètement sur la personne du malade. Parfois, elles revêtent le caractère de l'auto-accusation ; dans la plupart des cas, elles sont à base d'interprétations; parfois, le facteur hallucinatoire semble les conditionner. Souvent, elles incitent le malade à des réactions violentes, soit sur lui-même (tentatives de suicide), soit sur l'entourage (objets ou personnes).

Ces pointes délirantes caractérisent ce que l'on pourrait appeler la phase d'inquiétude de l'affection, par opposition avec l'indifférence absolue qui lui succédera.

D..., (malade de l'observation XXII, p.28) :

Vers l'âge de 20 ans, le malade commence à dire qu'on lui en veut : tout ce qu'on fait chez lui, c'est contre lui ; frappe-t-on dans la maison voisine, c'est pour le taquiner. Ses camarades, déclare-t-il, ne veulent plus frayer avec lui ; ils ne le respectent pas, parce qu'il est trop peu de chose, sans doute, et qu'il a commis trop de fautes (il fait allusion à l'onanisme).

Il frappe sa mère et sa sœur à plusieurs reprises et fait quelques tentatives de suicide.

Après son entrée à l'Asile, il ne tarde pas à passer à l'indifférence absolue de sa situation ; il se déclare content et tranquille.

Observation XXXVIII. — C....

Au début de son affection, le malade se plaint de ressentir des grincements de dents. Chez lui, on lui met du chloroforme dans le lait ; on lui en veut, on le pourchasse, il a des ennemis. La nuit, il se réveille parfois très surexcité, en criant au secours, à la police.

Dans la suite, ces phénomènes s'effacent devant l'apathie habituelle.

D..., (malade de l'Observation VIII, p. 16) :

Au début, le malade se plaint des voisins qui lui cherchent querelle ; il les apostrophe violemment.

A ce moment aussi, il a des pratiques religieuses bizarres : il se livre à toutes sortes de cérémonies avec des médailles qu'il porte au cou. Il se plaint au médecin d'avoir perdu la foi ; il veut partir en Hollande pour « croire ».

Encore une fois, ces préoccupations mystiques ne tardent pas à s'effacer au cours de la maladie.

Comme on le voit, ces idées et actes délirants n'ont le plus souvent qu'un caractère tout à fait épisodique.

Dans certains cas, cependant, les manifestations délirantes prennent un certain développement, sinon une organisation nette ; elles sont souvent de nature mégalomaniaque ou mystique ; mais, dans la suite aussi, elles perdent toute vie, toute activité, sortent du cercle des préoccupations du malade et ne sont plus dans son esprit que des formules vides, des réminiscences informes que souvent, même, il est difficile de mettre encore au jour.

Observation XXXIX. — B....

Entre à l'Asile de Volière, en janvier 1910, à l'âge de 26 ans.

A son entrée, le malade est assez bien orienté. Il manifeste des idées de grandeur assez décousues, mais semblant présenter une certaine fixité ; il paraît avoir aussi quelques idées de persécution.

« J'ai commencé à travailler dans mes « en arrière » en forçant vers les mâchoires... c'est pour connaître la lune, le soleil ; la lune est une femme, le soleil est une bête. Depuis que je pense, je fais le calme des mots ; cela veut dire je comprends ce qu'on dit.. j'ai été Charlemagne et Grétry par mes décompositions en venant au monde ; quand on vient au monde, on se décompose en trois personnes ; c'est moi qui de la sorte ai fait la musique et la science. Je travaille par le spiritisme ; chez moi, je remue les chaises et les tables ; je voile les glaces... ».

« Il a quitté son emploi, parce que l'autre magasinier l'a forcé : il lui faisait « des en arrière ». On le rendait trop faible ; on ne le laissait pas dormir. Toute la ville de Liége lui faisait des saletés ; on opérait par toute espèce de magie ».

Il ne s'explique pas ce qu'il faut entendre par « des en-arrière ».

En janvier 1914, nous retrouvons le malade dans l'inertie psychique la plus complète : on n'obtient plus de lui que quelques réponses saugrenues. Il est malpropre, collectionne. Sa démarche est maniérée, l'indifférence est manifeste.

Il ne manifeste plus aucune des idées délirantes antérieures, malgré les insinuations pour l'amener sur ce terrain.

Cet état de démence précoce typique dure jusqu'en juin 1919 : le malade succombe dans le marasme, après avoir présenté à plusieurs reprises de l'oedème des membres inférieurs.

Observation XL. — I.....

Né le 22 janvier 1900, il entre à l'Asile de Volière, le 16 avril 1917.

En 1916, il a été emprisonné à Tongres, puis à Aix-la-Chapelle, pendant deux mois, par les Allemands.

Quelque temps après son retour, il se montre déprimé, concentré ; bientôt germent des idées mégalomaniaques (délire de filiation) : « il est le fils du Kaiser ; une demoiselle de ses voisines, plus âgée que lui de neuf ans, et plus haut placée, semble lui avoir donné de l'œil. C'est elle qui l'a recueilli au seuil de l'Eglise St-Denis et l'a confié à ses parents putatifs. Cela, il l'a appris par de petits gestes de la tête et des mouvements des yeux, de la part de cette jeune fille ».

Le début apparemment assez brusque de l'affection, la consistance du délire tendaient à exclure la démence précoce.

Cependant, en octobre 1917, déjà, le malade désavoue ses idées délirantes ou en tout cas, semble mal à l'aise, quand on lui en parle.

A partir de 1918, le malade devient de plus en plus avachi ; il est dans un état d'inertie et d'apathie, coupé de moments d'agitation (il vocifère dans le vide) ; il se montre grincheux, s'irrite quand on veut l'attirer sur le terrain du délire initial.

Actuellement (1922), la démence précoce s'est confirmée et il n'est plus trace d'idées mégalomaniaques.

D..., (malade cité sous l'observation IX, p.17)

Entre à l'Asile de Glain en mai 1910, à l'âge de 30 ans ; il appartient à une famille dans laquelle il y a eu des troubles mentaux et de l'alcoolisme. A l'âge de 20 ans, le malade a déjà fait une crise de dépression, avec mutisme, ayant duré six mois. Il s'en est rétabli et a contracté mariage.

En juillet 1909, à l'âge de 29 ans, sa femme note le premier propos pathologique flagrant : « cela sent comme ce qu'on m'a mis dans la bouche à Malines, quand j'y étais ».

Durant les deux ou trois premières années de son séjour à Glain, le malade se montre persécuté et halluciné : « il entend des voix qui ricanent au-dessus de sa tête, des bruits de choc épouvantables. Les aliments sont mauvais. Il voit même des êtres humains sur le toit voisin ; on s'occupe de lui ; on l'énerve, on l'accuse d'être juif ; on lui fait des piqûres ; on lui fait respirer de mauvaises odeurs... etc. Il entend des plaintes d'hommes qu'on écorche vivants. Parfois, il se montre violent à l'égard d'autres pensionnaires, qu'il accuse de tous ces méfaits ».

Bref, il s'agit d'un délire de persécution, assez peu coordonné, sans

doute, sur fond hallucinatoire (achoasmes, fantasmes, hallucinations olfactives) et sur interprétations délirantes.

Petit à petit, ces manifestations s'effacent. Après deux à trois ans, D..., a revêtu l'allure indifférente du dément précoce.

Ses discours sont incohérents. Il présente de véritables crises de rires et de rares mouvements de colère.

Observation XLI. — D....

Actuellement dément précoce typique, a présenté également au début de son affection, des idées délirantes assez persistantes, dont la lettre suivante, écrite d'Allemagne où il était prisonnier, donne un aperçu : « Ma vie est en danger chaque jour et par suite de transmission de pensée, soi-disant changement de faculté et agissant par suite d'électricité, je ne parviens pas à sortir de l'établissement sans votre présence. Le Gouvernement m'a remis 50.000 francs. Veuillez prévenir le Bourgmestre de cette affaire. »

Ces épisodes délirants du début peuvent évoluer dans la note dépressive, mélancolique, parfois avec idées d'auto-accusation ; peu importe, ils marquent encore l'activité psychique, précédant l'inertie totale, la préoccupation affective précédant l'indifférence de la période d'état.

Observation XLII. — C....

Le malade que j'ai suivi dès le début de son affection, à 21 ans, était déprimé depuis un an, à la suite de la mort d'un frère.

Son affection mentale proprement dite commence par des idées d'auto-accusation : il se croit coupable de toutes sortes de fautes imaginaires, se lamente, est parfois anxieux, disant qu'on lui en veut, qu'on l'électrise dans la tête etc.

Cette période de dépression anxieuse est courte et, après une période d'agitation confusionnelle, le malade passe bientôt à l'état de démence précoce caractéristique, dans lequel il est encore maintenant.

La phase de réaction du début revêt parfois une forme mi-psychasthénique, mi-délirante.

Observation XLIII. — P....

A toujours été un timide, un renfermé, fuyant la société.

Au début de son affection, il déclare « qu'il a trop d'idées qui lui font mal à la tête ; sa mémoire ne veut pas se laisser voir ou existe en trop; il est indépendant des objets extérieurs et subsiste quand même ».

Il se montre soucieux de sa santé, minutieux au point de vue de la nour-

riture ; il refuse de boire l'eau alimentaire, si elle n'est pas pure à son gré.

Un jour, il prétend « qu'il ne vit plus, qu'il est mort ». Il se préoccupe beaucoup de sa santé physique.

Dans la suite, ces symptômes s'effacent et le malade passe à l'indifférence absolue de sa situation.

W..., (malade cité sous l'observation VI, p. 12) :

Nous avons déjà noté chez ce malade, au début de son affection, des préoccupations quasi obsédantes quant à sa personnalité : il prétend qu'il n'a pas de personnalité, qu'il n'existe pas, qu'il ne peut d'ailleurs exister dans la société, telle qu'elle est organisée ; sa présence est inutile et il doit disparaître... etc.

Ces phases ou ces épisodes délirants du début de la démence précoce s'accompagnent souvent d'hallucinations variées : on y relève notamment la présence assez fréquente de fantasmes.

D..., (malade de l'observation XI, p. 19) :

Au début, le malade se croit damné (délire d'auto-accusation) ; il affirme voir le démon dans un coin de la chambre ; il décrit ses hallucinations avec de tels détails qu'on ne peut en nier l'authenticité.

D..., (malade de l'observation IX, p. 17) :

Se plaint de sentir de mauvaises odeurs, d'entendre , surtout la nuit, des voix moqueuses, insultantes ; il entend des plaintes d'hommes qu'on écorche vivants ; le matin, il parcourt toutes les chambres pour découvrir les victimes. La nuit, il voit des êtres humains sur les toits des voisins.

D..., (malade de l'observation VIII, p. 16) :

Le malade qui s'est livré à des actes d'auto-mutilation, en fournit l'explication suivante ; « Je me suis fait ça moi-même, avec des pierres ; il y a eu des semblants de voix de Notre-Dame de Lourdes ; j'étais commandé ; j'hésite à dire cela parce qu'on ferait rire de moi ».

Les illusions ne sont pas rares non plus :

Observation XLIV. — J...

Au début de son affection, le malade a des illusions d'un caractère effrayant : lors d'une première visite de ses parents à l'Asile, il prétend que ceux-ci sont coupés en morceaux. Il maintient cette assertion plusieurs jours. Plus tard, il concède que c'était une illusion, un jeu de miroirs. Dans la suite, il croit voir sa mère, à plusieurs reprises, dans des personnes étrangères se trouvant dans le couloir.

Parfois encore, ce sont des représentations pseudo-hallucinatoires, objectivation de phénomènes intra-psychiques :

Observation XLV. — G....

« Dieu ne me parle plus ; au début, il me parlait ; il a une figure tout-à- fait distincte de la nôtre ; il me parlait et disait : c'est une sainte pensée de prier pour les morts. Chez moi, j'ai vu l'enfer, rouge comme le feu, tout près de moi. Les visions, c'est Dieu qui les produit ; j'en voyais déjà, étant garçon ; j'ai été prévenu de la guerre mondiale, par des signes dans le ciel, de belles lettres rouges, quand c'était le soir ».

Après, il affirme que c'est sans doute quelque chose qui passe dans l'imagination.

. . .

En résumé, dans beaucoup de cas, les symptômes de la démence précoce s'établissent sans accidents mentaux épisodiques notables ; le malade entre pour ainsi dire de plain pied dans son affection.

Dans un certain nombre de cas, le début de l'affection se marque par une certaine activité idéatoire ou par des manifestations délirantes qui s'effacent plus ou moins vite. Cette hyperactivité psychique, si pauvre et si désordonnée soit-elle, est l'expression d'une certaine productivité précédant l'inertie caractéristique de l'affection. Elle répond à cette observation de pathologie générale suivant laquelle la paralysie d'un organe est souvent précédée d'une phase d'irritation plus ou moins marquée, plus ou moins prolongée : ce phénomène s'observe dans l'action des médicaments stupéfiants notamment ; on l'observe aussi dans certaines affections cérébrales organiques (fantasmes précédant l'hémianopsie corticale) ; on l'observe enfin spécialement dans d'autres affections mentales (excitation maniaque du début de la paralysie générale).

. . .

Dès les premières périodes de l'affection, on observe parfois une crise d'agitation confusionnelle, pouvant revêtir certains aspects hystériformes.

C..., (malade de l'observation XLII, p. 56) :

Le début de l'affection se marque par de la dépression, avec idées

d'auto-accusation. Peu après son entrée à l'Asile, il passe à une période d'agitation confusionnelle ; parfois, il se traîne à genoux dans sa chambre, le long des murs, semblant y chercher quelque chose de l'index : « Papa n'est-il pas ici » ; son air est confus, le regard égaré : il raconte, d'un air enfantin, qu'il joue avec les vaches, les chevaux ; il indique du doigt différents points du mur : « n'est-ce pas Papa ? n'est-ce pas un œil ? ». A un moment donné, il examine sa serviette placée sur le lit : « c'est une baleine ; voilà la tête, voilà la queue ». Parfois, il s'agite et crie ; il a des mouvements d'agression.

Cette période dure 15 jours environ, après quoi le malade tombe dans un état de torpeur absolue : il est immobile sur le lit, le regard fixe, ne répondant nullement aux questions. Les membres sont souples, conservant un certain temps les attitudes données. Pas de négativisme.

Cet état de stupeur accentuée dure environ 1 mois ½. Pendant 15 jours le malade présente encore une phase d'agitation : il déclame, sur un ton théâtral, des choses sans suite, parfois en élevant la voix jusqu'à se cyanoser. Il prend également des attitudes de prière, théâtrales.

Après ces épisodes hystéro-maniaques, il passe à l'inertie de la démence précoce affirmée, dans laquelle il se confirme dans la suite.

* * *

Si la vie psychique du dément précoce, en voie de s'éteindre, peut encore jeter quelque faible éclat, le cours même de l'affection est souvent coupé par des actes impulsifs de fréquence et d'intensité variables ou par des bouffées d'excitation violente.

Ces impulsions revêtent les caractères de désordre et d'asynergie qui constituent le fond mental de l'affection.

L'impulsion du dément précoce est l'inconséquence même : elle éclate brusquement, sans aucun rapport avec l'état momentané du malade ou les circonstances extérieures. Le plus souvent, elle s'exprime par des actes d'une grande violence : le malade crie, invective, menace, le facies vultueux, le regard irrité, ou bien il se livre à quelque acte agressif, rapide et violent, sur l'entourage ou les objets qui se trouvent à sa portée. L'accès cesse souvent assez brusquement et le malade retombe dans cette inertie qui contraste étrangement avec l'expansion motrice qui vient de se dérouler.

Plusieurs fois, j'ai eu l'occasion d'interroger le malade, immédiatement après sa crise ; le plus souvent, il marque à l'égard de son impulsion la même indifférence que pour un évènement

tout extérieur ; aux demandes d'explications, il ne répond le plus souvent que par : « Je ne sais pas, je ne sais pas ».

Parfois, l'impulsion semble conditionnée par une facteur hallucinatoire :

D..., (malade de l'observation XXVI, p. 30) :

Au cours de ses crises, la malade semble réellement injurier un personnage qu'elle aurait devant les yeux ; son attitude, ses gestes, sa mimique indiquent suffisamment qu'elle s'adresse à un interlocuteur invisible.

Observation XLVI. — J....

Le malade se livre brusquement à des actes de violence, sur les autres pensionnaires, parce que, dit-il, on lui fait respirer de mauvaises odeurs.

S..., (malade de l'observation XXX, p. 32) :

A des crises impulsives assez rares, se produisant surtout la nuit, au cours desquelles il se livre assez régulièrement à des bris de carreaux. Quand on le lui reproche,il semble trouver son acte tout naturel et déclare qu'il a agi sur l'ordre de « l'employé », personnage dont il ne spécifie jamais l'identité. Chaque crise est justifiée de la même façon par le malade.

Dans certains cas même, la réaction motrice à l'hallucination semble inconsciente, tellement le malade est entrepris par le facteur sensoriel, hallucinatoire :

W..., (malade de l'observation VI, p. 12) :

Le malade traverse une période pendant laquelle il pousse, le jour ou la nuit, des cris très élevés. En réalité, il s'agit de plusieurs mots articulés à haute voix, mais que l'on parvient difficilement à comprendre. Il crie soit la nuit, dans sa chambre, soit le jour en s'occupant.

Quand on lui demande pourquoi il fait cela, il répond que ce n'est pas lui qui crie ; il entend souvent crier, mais ne le fait pas ; il s'étonne qu'on le lui reproche. C'est surtout quand il est en mouvement qu'il « entend crier » ; il ne connaît pas la voix.

Pendant les quelques moments qui précèdent ses crises, le malade semble inquiet, regardant autour de lui ou s'écartant pour dominer l'entourage du regard.

Dans la suite de son affection cependant, il semble se rendre compte que, réellement, il crie : « je n'ai pas vraiment l'intention de crier ; c'est comme une impulsion ; ça ne m'avance pas à grand'chose. Cette impulsion me vient subitement ; cela m'est désagréable. J'essaie de me maîtriser, en essayant de m'occuper ou de jeter les yeux sur un journal ; réciter des vers tout haut aide aussi à arrêter l'impulsion (j'ai un petit livre de Racine). Quelquefois, c'est plus fort que moi ; c'est parfois comme si l'on me parlait à l'oreille ».

Dans le cours de la démence précoce, on observe parfois des périodes d'agitation assez longues qui frappent, comme les impulsions, par leur caractère désordonné et violent ; on y retrouve fréquemment aussi l'élément hallucinatoire.

Ces crises peuvent évoluer au début de l'affection, ainsi que nous l'avons signalé, ou se produire dans le cours même de la maladie.

Dans certains cas, elles reparaissent assez périodiquement, alternant avec des périodes d'accalmie, au point que l'on pourrait parler d'évolution circulaire de l'affection :

Observation XLVII. — C....

Sujet américain. Son affection débute à l'âge de 25 ans par une crise d'agitation violente, qui se caractérise, la nuit, par de grandes frayeurs, des appels au secours, des bris de carreaux, du désordre dans la literie et le mobilier de sa chambre. Il a des achoasmes : il croit entendre la voix des siens. A certains moments, il cherche par tous les moyens de mettre fin à ses jours : il éteint le bec de gaz par un fort courant d'air, pour s'asphyxier ; il se coupe les bourses avec du verre ; il se couche par terre, se frappant violemment la tête contre le parquet... etc. D'autre part, il insulte les gardiens, leur crache à la figure, cherche à les mordre, leur lance des projectiles... etc.

Dans son délire, il se proclame le Christ et, comme tel, on doit le crucifier. Il prétend fréquemment être en communication téléphonique avec les membres de sa famille, surtout sa mère et alors, il parle à haute voix et s'irrite d'être interpellé.

Cette agitation violente dure environ 6 semaines. Le malade se calme, se montre correct à l'Asile, mais il est taciturne, apathique. Recevant la visite des siens, il se comporte d'une façon polie, mais froide. Parfois, il prend des positions extatiques dans lesquelles il semble se complaire. Il consent rarement à jouer au billard, qui était sa distraction favorite. Souvent, il veut garder le lit, mangeant à peine, se tenant dans un mutisme farouche.

Dans la suite, le malade passe alternativement par des périodes d'agitation et de calme.

Les périodes d'agitation se marquent par leur extrême violence et le caractère impulsif de leurs manifestations : le malade hurle, imite des cris de bêtes, se livre à une gymnastique effrénée ; il rejette tout vêtement, est d'une malpropreté comme calculée ; il se montre agressif, violent. Il est halluciné.

Durant les périodes de calme, il se montre taciturne, peu communicatif. Il s'isole volontiers et lit quelque peu. Parfois, il prend des attitudes cataleptiques durant des heures entières.

Observation XLVIII. — C....

La malade séjourne à l'Asile de Glain, à l'âge de 21 ans, du 1er avril 1885 au 12 août 1885, pour une première crise mentale, d'allure maniaque.

Sortie, considérée comme guérie, elle est réintégrée le 11 mars 1886 jusqu'au 6 janvier 1887 ; l'allure est encore maniaque ; le diagnostic porté est celui de manie aiguë.

Elle sort encore, puis fait un 3e séjour du 2 septembre 1887 au 29 août 1898 : durant cette période, elle présente par moments, des phases d'agitation extrême, avec gâtisme, se succédant à peu près aux mêmes intervalles.

A la demande de la famille, la malade fait une courte sortie d'essai du 29 août 1898 au 23 septembre 1898.

Elle est alors internée à Glain, où elle se trouve encore (1921).

Depuis plus de huit ans que je connais la malade, elle présente par périodes de l'excitation extrême, une agitation motrice désordonnée, des actes violents sur elle-même et l'entourage, du gâtisme... etc. ; bref, crises sensiblement analogues à celles du malade précédent.

Durant les périodes intercalaires, c'est l'apathie démentiellle caractéristique. La démence est accentuée.

L'affection a donc débuté sous une forme circulaire et ce caractère se poursuit, pendant la maturation démentielle.

En résumé, dans le cours de la démence précoce, l'étiage fonctionnel d'ordre psycho-moteur, qui est d'ordinaire fortement abaissé, remonte par périodes au-dessus du niveau normal, sous forme d'impulsions ou de crises d'agitation désordonnée ; ces épisodes se marquent souvent par des hallucinations diverses.

Ces crises répondent à cette loi, que l'on pourrait appeler la loi du balancement, que l'on retrouve si souvent dans la pathologie mentale : à savoir que le fonctionnement psychique ne peut se maintenir indéfiniment à un niveau de rendement hyper- ou hypo-normal; par une sorte de réaction équilibrante, le psychisme hypotendu du dément précoce est secoué de temps à autre par ces explosions motrices violentes, que constituent leurs impulsions ou leurs crises impulsives.

* * *

Des observations faites jusqu'ici et des considérations qui en découlent, il résulte que, parmi les affections mentales à début précoce, on peut mettre en vedette certaines formes morbides qui se caractérisent par un ensemble de symptômes spéciaux, à savoir :

1° Une inertie notable du psychisme, jointe à une asynergie particulière dans son fonctionnement ;

2° L'indifférence qui comporte à la fois la perte de l'émotivité et de l'affectivité ;

3° La présence fréquente de stéréotypies diverses ; la déviation psycho-motrice, aspect objectivé de la déviation psychique.

Le syndrome catatonique ne peut servir à les caractériser.

Le cours de ces formes mentales, marqué avant tout d'inertie, est souvent troublé par des manifestations désordonnées d'activité, surtout psycho-motrice ; dans certains cas, l'affection revêt de ce fait un certain caractère circulaire.

On y observe aussi, surtout au début, des phénomènes d'activité délirante, de tonalité variable, le plus souvent transitoires et, en tout cas, mal élaborés et peu vivaces.

Délimitation de la démence précoce

Ayant recherché les traits caractéristiques de la démence précoce dans les altérations du psychisme même, il sera peut-être plus facile de délimiter l'affection par rapport à d'autres syndromes mentaux, en d'autres termes, d'établir quelle doit être la compréhension de la démence précoce.

* * *

L'activité délirante dont font preuve certains de ces malades au début de l'affection, donne à celle-ci certains points de contact avec la paranoïa.

A ce point de vue, la théorie kraepelinienne donne une portée considérable au concept de la démence précoce ; des adeptes trop fervents sont allés ou semblent vouloir aller plus loin encore ; je n'en veux comme preuve que l'opinion de Bleuler, qui illustre cette tendance :

« Le mécanisme de la formation du délire dans la Paranoïa (il s'agit du délire systématisé progressif), est analogue, suivant nos méthodes d'investigation actuelles, à celui de la schizophrénie (nom donné par l'auteur à son concept de la démence précoce) ; il serait de la sorte possible que la paranoïa soit une schizophrénie à évolution très chronique, qui est si atténuée qu'elle peut encore conduire à des idées délirantes ». (Bleuler. La Démence précoce. *Traité d'Aschaffenburg*, p. 229).

Or, il s'agit déjà, dans l'esprit de l'auteur, de la paranoïa épurée de Kraepelin, affection constitutionnelle ou du moins résultant de particularités constitutionnelles de la personnalité psychique, que l'on n'observe que rarement et, en tout cas, d'une façon passagère dans les asiles.

(Voir à ce sujet Kraepelin : Einführung in die psychiatrische Klinik 3e édit., p. 367).

Il est indubitable qu'il existe des démences précoces bien caractérisées présentant, au début de leur évolution surtout,

des épisodes ou des phases paranoïdes, plus ou moins prolongés, plus ou moins bien organisés. Ces formes peuvent à la rigueur être cataloguées sous la rubrique de démence précoce paranoïde ou être considérées comme une variante de la démence précoce, car, sous ce vernis paranoïde, les symptômes fondamentaux de l'affection sont manifestes et survivent aux manifestations délirantes transitoires.

Mais il ne me paraît pas douteux qu'on peut exclure de la démence précoce, ces délires s'organisant d'une façon systématique, bien ordonnée, sur un psychisme conservant la cohésion d'une personnalité ; à moins de torturer les faits, il n'est pas possible de découvrir quelque parenté entre ces paranoïas systématisées et la démence précoce. Kraepelin lui-même, d'ailleurs, a fait un groupe spécial de ces formes morbides, qu'il désigne sous le nom générique de paraphrénies, intermédiaire entre sa démence précoce paranoïde et sa paranoïa, celle-ci étant donc pour lui une affection assez rare, dans laquelle le délire serait une sorte d'expression du développement de la personnalité.

A mon sens, il est plus rationnel d'englober sous la rubrique paranoïa toutes ces formes dont l'élément essentiel, hautement prédominant, est l'organisation d'un système délirant, cohérent et persistant.

Si les formes étaient toujours aussi bien tranchées, la question serait simple.

Mais, en dehors des délires systématisés, à développement en quelque sorte classique, logique, il existe une catégorie d'états paranoïdes, plus frustes dans leur développement, moins cohérents dans leur édification, que l'on rencontre fréquemment dans les asiles.

Doit-on rattacher ces formes à la démence précoce, voire à une forme dite paranoïde de celle-ci ?

Les idées délirantes de la démence précoce ont ceci de particulier qu'elles souffrent, dans leur forme et leur développement, des déficiences mentales fondamentales de l'affection, à savoir : l'inertie et l'asynergie psychiques.

Tout d'abord, les idées délirantes du dément précoce sont, en général, particulièrement décousues :

Je rappellerai le cas de B... (voir l'observation XXXIX, p. 54), présentant au début des idées délirantes de persécution et de grandeur ; tout cela est débité sans exaltation, sans sincérité, pourrait-on dire, mollement, au contraire.

Une autre particularité du délire du dément précoce est l'indifférence que le malade manifeste à son sujet ; ses propos délirants paraissent souvent émis au fil du discours, comme les réponses au hasard qu'il fournit souvent. Il en résulte un ensemble fuyant, variant souvent d'un jour à l'autre, affirmé pour être nié ensuite, sans cohésion, donnant l'impression d'un manque de sincérité ou du moins de conviction.

Observation XLIX. — S....

Le malade raconte qu'à l'Asile, son esprit voyage souvent : « je vois des camarades comme si j'étais avec eux ; je revois ma mère même que je n'ai pas connue (exact) et mon père. Je crois en Dieu ; Dieu est un pur esprit (il rit) ; je pense que je suis un descendant de Dieu. Je remarque bien des choses ; je devine, par exemple, les pensées des individus ; je suis un être supérieur à beaucoup, à tous même. Je crois ce que je dis et je ris, parce que je me dis que les autres ne croiront pas cela. Je parviendrai à réconcilier tout le monde, à ce que le monde croie en Dieu, que la reine politique disparaisse ».

D. Avez-vous des ennemis ? — R. J'en ai eu, mais je ne crois plus en avoir, parce que Dieu leur a dit de ne pas m'en vouloir. C'est comme si un esprit supérieur au mien parlait ; c'est Dieu qui se sert de moi, parce que j'ai toujours été bon. Je sens par moments que ce n'est pas mon cerveau qui pense, mais Dieu qui pense pour moi. Des esprits mauvais ont parlé par ma bouche, mais c'est fini. L'hypnotisme, cela n'existe pas. Je n'ai plus d'ennemis ; c'étaient les catholiques qui se figuraient que je ne croyais pas en Dieu ; c'était mauvais, parce qu'ils auraient voulu que j'entre au Cloître. Je ne veux pas cela, je crois en Dieu, parce que je suis bon ; je ne suis pas plus pur que les autres (il se met à rire et dit)... je suis un homme comme les autres et j'aime la femme ; je ne sais pas ce qui se passe en moi ; je change d'idées comme de chemise, je ne sais pas ».

Quelque temps après, le malade reconnaît avoir été malade du cerveau, avoir eu de l'anémie cérébrale : « je suis guéri, je suis un homme ordinaire ; vous devez savoir ce qui se passe ici ; vous savez que Dieu existe ; vous devez savoir qu'on se sert ici de l'hypnotisme ; l'hypnotisme, c'est la croyance en Dieu ; c'est moi qui vous sauve ; je dois m'en aller ; vous devez vous rendre compte que je n'ai pas peur de la mort ; je sauve tout le monde ici ».

Le lendemain il déclare encore douter de tout ce qu'il a déclaré ;

« est-ce maladie ? est-ce complot ? Je suis tout et je ne suis rien. Je suis chez vous et chez moi ».

Ses déclarations sont souvent entrecoupées de rires injustifiés.

Chez ce malade, il semble d'ailleurs que l'orientation du délire soit souvent amorcée par les questions elles-mêmes ; souvent, on peut insinuer au malade une réponse positive ou négative ou pousser l'idée délirante dans un sens donné. Le délire donne plutôt l'impression d'une rêverie, sans assises bien profondes.

Ces idées délirantes ont d'ailleurs totalement disparu dans la suite du cours de l'affection.

Nous retrouvons les mêmes particularités chez le malade suivant, qui ébauche un délire mégalo-mystique au début de son affection.

Observation L. — L....

Au début de son affection (22 ans) :

« Toute ma vie, j'ai subi l'influence de deux volontés contraires ; j'ai eu le moral comme écartelé ; il en est résulté que j'ai été méconnu et pris pour un fou ».

D. Pourquoi êtes-vous ici (à l'asile) ?

R. — Je souffre à nouveau pour l'humanité, je souffre l'espérance, je souffre l'oiseau bleu, la volonté et la victoire éternelles.

D. Que désirez-vous ?

R. — Expliquez-vous. Que voulez-vous m'offrir ? Quel désir ? Moral ? c'est la souffrance dans l'espérance ; on ne désire pas souffrir ; mais, je sais que la souffrance est une des formes de la bonté ; à vaincre sans péril, on triomphe sans gloire. Fumez-vous ? J'aurais voulu avoir une cigarette. Le numéro 18 a une valeur divine (s'émotionnant) ; vous êtes perdu, si vous n'y croyez pas.

D. Vous dormez bien ? — R. Mes sommeils sont troublés, par l'espérance et par les luttes de la Divinité soleil et de la divinité diable. Satan sera vaincu ; c'est le mal ; la volonté divine soleil le jure sur mon cœur (geste emphatique).

D. Que faites-vous ? Vous lisez ? — R. La Germanie sera le paradis terrestre, mais Jésus pardonnera à la France.

D. Avez-vous encore des visions ? — R. Il y a des choses qu'on ne peut pas dire ; oui, j'ai des visions.

D. Lesquelles ? — R. Ne me questionnez pas.

D. Que ferez-vous ici ? — R. Je ne sortirai que les deux pieds dehors, dans le cercueil, les veines coupées. Le diable et l'homme bleu et, d'autre part, la déesse divine Soleil de l'autre côté. L'homme bleu et Satan me proposeront le cœur et je choisirai les veines. Je mourrai pour la femme divine. L'homme bleu souffrira éternellement, le jour où le cœur transpercé triomphera à nouveau ».

Et ainsi de suite. Tout cela est débité d'un air distrait, parfois avec des gestes emphatiques. Ses discours, se rattachant surtout à la sphère mégalo-mystique, font l'impression de jaillissements sans suite, ampoulés, se produisant au fil du discours, sans soutien solide.

Un an après, nous retrouvons le malade apathique, souvent taciturne ; dans ses discours de plus en plus incohérents, on ne retrouve plus de temps à autre que des lambeaux de son délire mégalo-mystique. Il manifeste des gesticulations bizarres, des solirires... etc.

En dehors de ces états paranoïdes appartenant manifestement à la démence précoce, d'une part, et d'autre part des délires que leur organisation nette permet de rattacher à la paranoïa systématisée, il existe donc, comme je le disais,toute une catégorie d'états paranoïdes que l'école kraepelienne fait rentrer dans la démence précoce paranoïde.

Je crois que c'est là forcer les faits ; sans doute, dans ces paranoïas atypiques, le délire n'a pas la clarté de forme et d'évolution qu'on rencontre dans la paranoïa systématisée.

Mais, d'autre part, on y trouve une certaine élaboration du délire et surtout une certaine fixité, sinon une cohérence bien solide des idées délirantes, un intérêt manifesté par le malade à l'égard même de son délire, une activité psychique notable et persistante ; ce sont là tous éléments qui ne cadrent pas avec les traits fondamentaux de la démence précoce, notamment l'inertie psychique.

Quelques faits cliniques nous mettront mieux à même de délimiter ces deux formes morbides, d'une part les états paranoïdes relevant de la démence précoce, décrits plus haut et, d'autre part, la paranoïa atypique.

Observation LI. — G....

Le malade aurait eu, à l'âge de 19 ans, une fièvre cérébrale (?), aux dires des parents, qui l'a laissé plus sombre.

Vers l'âge de 24 ans, il est devenu inquiet, soupçonneux, entendant des voix, disant qu'on lui en veut, accusant les Rédemptoristes, la police... etc.

Parfois, il refuse de manger, par crainte d'empoisonnement. Cependant, il continue ses occupations.

Vers l'âge de 27 ans, il doit être interné, à cause des actes de violence auxquels il se livre sur l'entourage.

A part quelques sorties courtes d'essai,il reste interné jusqu'à sa mort, survenue à l'âge de 64 ans, à la suite d'une pneumonie.

Durant tout son séjour à l'Asile et dans les derniers temps encore, où

nous l'avons connu, G..., s'est toujours montré de très bonne composition et, dans son essence, son système délirant n'a pas varié : « il prétendait que, sous l'Asile, étaient réunis des individus, se livrant avec des appareils (marmites, soupapes,...etc.) à des opérations nocives pour les vivants ; il en parlait sans la moindre irritation ; au contraire, il était visiblement satisfait, quand on l'amenait sur ce sujet. C'était peut-être là comme un rudiment de mégalomanie : il avait l'air de dire qu'il en savait beaucoup plus loin que les autres.Il a toujours fourni des réponses nettes et sensées sur son état-civil. Quand il parlait de son délire, il prenait un ton spécial, un peu emphatique et, généralement, on avait la plus grande peine à arrêter ses développements ».

Chose spéciale aux discours de ces malades, ils sont souvent peu cohérents dans leur forme, riches en néologismes, ce qui leur confère quelque chose de cabalistique.

« Vous savez, dit G..., on a descencié les caveaux ; je prétends qu'il y a des souterrains ; les voix m'arrivent dans l'instinct du corps des femmes et des hommes, elles me parviennent par électrique. Je prétends qu'on a descencié chez les Rédemptoristes et les Jésuites les caveaux des morts et des vivants. J'entends remuer tous les instincts des fabriques ; on entraîne tout dans les moulins de fabrication. Les voix viennent par « ténéphone » ; nous sommes environnés de soupapes. On soutire les tempéraments des corps. Je vois des pères de famille, je les vois dedans. Il faut faire proclamer un arrêt qu'on ne peut plus fabriquer la vie ».

Le malade écrit souvent de longues lettres rédigées dans le même style. Les écrits de ces malades prennent parfois le caractère de véritables cryptogrammes, en raison de la valeur symbolique attachée à certains mots, des néologismes et de la forme délayée, peu cohérente.

Observation LII. — P....

Aurait présenté des crises comitiales, assez espacées, de 9 à 19 ans.

Vers l'âge de 21 ans, il s'occupe avec moins de régularité : il se plaint d'avoir la tête chaude, se montre défiant, cache ses objets et refuse parfois de travailler. Cependant, il fait encore face à ses occupations et ce n'est qu'à l'âge de 43 ans, époque à laquelle ses troubles s'accentuent, qu'il doit être interné.

A l'Asile, il expose un délire relatif à l'astrologie et aux esprits : « le monde n'est pas en ordre, les positions ne se placent pas comme elles doivent ; si vous remplissez un devoir et qu'on vous retient, d'après ce que je découvre, ça ne se passe pas comme il faut. Cependant, ça commence à mieux marcher. Ici, on ne voit qu'un petit coin de Liége, mais celui qui s'occupe d'astronomie, voit plus loin. Les astres prennent leur course... oui, il y avait un homme dans la lune, mais il n'y est plus ; il est tombé d'une partie où il se penchait. Je correspondais rarement avec lui. La lune est un être suprême qui prend son cours et c'est pour nous et le monde. Le soleil prend sa course toujours égale, contourne le monde. »

D. Vous voyez des esprits ? — R. Oui, j'ai communication avec les esprits ; ce ne sont ni des démons, ni des anges. Ce sont ceux que l'on a connus ; il y en a de bons ; il y en a aussi de mauvais. Il y en a qui travaillent pour mauvais. Ils travaillent sur les autres pour les arrêter suivant leurs idées ; ils leur ôtent des connaissances que vous avez.

Le malade reste orienté. Ce délire relatif aux esprits reste actif jusqu'à la mort du malade survenue à 65 ans, d'apoplexie (artériosclérose cérébrale à l'autopsie).

Fréquemment, le malade coupe ses discours d'exclamations : ah ! ah ! que l'on pourrait prendre pour des stéréotypies ; mais, c'est une expression de son délire : il affirme que « c'est dû aux esprits » : c'est comme un écho, quand ils vous traversent le corps. De temps en temps, il gesticule aussi d'une façon étrange, mais tout cela paraît se rattacher à des monologues ou à des manœuvres défensives, conjuratrices.

Observation LIII. — S....

Entre à l'Asile de Glain, en 1906, à l'âge de 43 ans.

Elle a toujours été de caractère assez violent, autoritaire ; on note des cas de troubles mentaux dans sa famille.

Dès le début de son séjour, elle présente des idées de grandeur ou du moins d'inflation de sa personne : elle s'attribue le pouvoir de changer le temps, de faire cesser la pluie...etc. Ce pouvoir lui est donné par Dieu. Elle possède le fluide électrique qui donne la puissance. La nuit, elle voit des lueurs spéciales dans le ciel.

D'autre part, elle se croit frustrée à propos d'un héritage et le ciel punira ceux qui l'ont trompée.

La malade, qui a maintenant 58 ans (1921), est parfaitement orientée. Elle écrit fréquemment.

Quand ils portent sur son délire, ses discours, ses écrits sont encore une fois cabalistiques et peu cohérents ; de ci de là, émergent des idées de grandeur et de persécution, qu'il est impossible de relier en un système cohérent bien net. Il en ressort notamment qu'elle reçoit des communications d'oiseaux divers et de pies en particulier qui, comme elle le dit, « l'intuitent ». Elle aussi use largement de néologismes et de formules symboliques.

Lettre à son fils (novembre 1920) :

Mon cher Empereur,

Je suis de nouveau obligée de t'écrire pour te renseigner sur le secret des oiseaux. Ce matin, après avoir vu un jour ton père dans la lune, un moineau m'annonce aujourd'hui que ton frère, l'homme aux fagots, est devenu empereur de cette terrre de mystères et de surprise, comme l'est toujours la nôtre.

Car, tous les jours, nous apprenons d'autres nouvelles : un corbeau, arrivant à 11 h. 27, intuite que toi, tu vas devenir Empereur et un moi-

neau a intuité que tu vas devenir Empereur de la terre des Rois du monde entier et de toute la boutique ; il s'est trouvé sur la branche du cœur pour en intuiter une pareille.

J'ai vu au levant du soleil une traînée de feu au-dessus d'un mur gris ardoise dans les nuages. Tu te trouves, mon cher fils, sous la protection de la lune et du pigeonnier, en communication avec Dieu.

Le vent souffle fort et, en ton intention, le ciel devient bleu, couleur des enveloppes du ciel, c'est de bon augure, question de se maintenir sur terre sans souffrances. Je pense à un projet gigantesque de faire monter le cœur terrestre sans mourir.

Au-dessus de toutes ces bonnes bêtes, j'espère que tu te portes bien et que tu étudies sans te fatiguer, pour bien te porter.

Il y a encore de l'or annoncé, je l'ai vu luire au-dessus de la salle à manger ; qu'il serve à la paix et nous serons tous heureux.

J'espère qu'il ne te manque rien, etc....

A côté de la paranoïa dont le délire se complète et se systématise suivant un cours régulier, logique en quelque sorte, aboutissant à un ensemble cohérent, il existe donc des formes, disons de paranoïa atypique, dont il est difficile de relier les éléments délirants par quelque fil logique. Le malade use de formules spéciales, adopte un vocabulaire de néologismes, fournit des explications embrouillées, peu cohérentes, où l'interprétation symbolique prédomine. Tout cela donne à l'activité psychologique de ces malades un caractère d'incohérence, d'inattendu, de discordant, que l'on retrouve dans la démence précoce.

Cependant, l'allure générale du malade est toute différente de celle du dément précoce. En comparant les deux syndrômes, je crois que la distinction à établir entre eux, peut se justifier par une série de caractères :

1° La paranoïa atypique débute en général plus tardivement, parfois même vers la quarantaine.

2° On n'observe pas chez ces malades l'inertie globale bien spéciale à la démence précoce : physiquement et psychiquement, ils font montre d'une certaine activité ; ils parlent volontiers de leurs idées et souvent écrivent beaucoup.

3° Ils n'ont pas l'indifférence affective du dément précoce ; ils restent plus corrects dans leur attitude ; ils s'intéressent aux faits de l'entourage, que leur mémoire emmagasine fidèlement et qu'ils incorporent d'ailleurs dans le chaos de leur délire.

4° Leurs idées délirantes ont un caractère de consistance, de

fixité, sinon d'organisation, qu'on n'observe pas dans la démence précoce. Ils ont un délire plus sincère, car ils se comportent en conséquence ; chez le dément précoce, le délire n'est le plus souvent que superficiel : le malade n'y réagit que d'une façon transitoire, montrant à son endroit la même indifférence que pour toutes choses.

5° Par le fait qu'il reste en contact avec l'entourage, le paranoïaque reste mieux orienté ; on n'observe pas chez lui ces lacunes grossières d'orientation qu'on observe finalement dans la démence précoce. Bref, le paranoïaque conserve une certaine personnalité.

6° Les stéréotypies, fréquentes dans la démence précoce, ne s'observent pas dans la paranoïa atypique ; les gesticulations, les exclamations etc., qu'on y observe parfois, se rattachent à leurs idées délirantes ; elles répondent soit à des entretiens hallucinatoires ou pseudo-hallucinatoires, soit à des mesures défensives, des formules incantatoires ou conjuratrices.

Ces paranoïas atypiques ont, de la paranoïa systématisée, la fixité des idées délirantes, une activité psychique assez notable, une orientation globale de la personnalité dans le sens du délire.

Elles ont, de la démence précoce, ce côté d'asynergie psychique, conduisant à des discours embrouillés, incohérents, conséquence d'un désordre des associations et des déviations fréquentes dans le cours de l'idéation.

Du côté de la paranoïa, la démence précoce n'a donc que des limites assez peu précises. Au début d'une affection donnée et parfois pendant une partie notable de son évolution, il peut être parfois bien difficile de la rattacher nettement à l'une ou l'autre forme.

Observation LIV. — B....

Entre à l'Asile de Volière en 1904, à l'âge de 28 ans.

Durant un 1er séjour, (septembre à novembre 1904), le malade apparaît surtout comme un déprimé anxieux : il craint d'être empoisonné, se croit poursuivi ; il n'ose sortir de chez lui ; il a parfois refusé les aliments. Il manifeste quelques idées hypocondriaques. Il sort très amélioré.

Durant un second séjour (janvier 1906 à novembre 1906), le malade manifeste des idées délirantes plus caractérisées : c'est un mélange d'idées hypocondriaques et de persécution, avec tendances processives et graphomanie. Il se montre actif, sa parole est abondante, précipitée : « on l'a

électrisé, martyrisé ; on a forcé son mécanisme d'une façon ou l'autre ; il en ressent toutes sortes de troubles : froid aux pieds, vessie déchirée, gêne respiratoire... etc. ». Il avance le mot de « sifflet parleur » qui lui coupe la respiration. Il parle aussi d'un « petit nid gézien » : en l'appelant ainsi, on le fait penser aux mille questions de son corps et de son être. Il est disposé à faire poursuivre les auteurs de toutes ses misères. Il écrit fréquemment dans ce but aux autorités.

Bref, avant tout, allure paranoïaque de l'affection.

Après une courte sortie à la demande de la famille, le malade est réintégré : ses idées délirantes antérieures n'affleurent plus bientôt que par moments et sur insinuation, au milieu d'un bavardage embrouillé et emphatique.

Dans la suite, cependant, le malade ne prend pas l'attitude inerte du dément précoce : sa parole reste précipitée, active ; mais ses réponses sont faites au hasard ou en déviation psychique, comme chez les déments précoces. Son allure devient singulière, maniérée; on constate quelques stéréotypies, notamment dans la démarche. De temps à autre, perce encore une note hypocondriaque : « il se sent toujours sténique, c'est-à-dire malade, et souffre constamment des privés ».

En 1916, dix ans après le début de l'affection, l'asynergie psychique est très accentuée. Le malade répond encore assez rapidement aux questions mais de la façon la plus extravagante. Lui-même pose souvent des questions inattendues et biscornues ; on n'en tire pour ainsi dire rien de sensé.

D. Age ? — R. 46.000 ans.

D. Mais ? — R. Si, si, 46,000 ans.

D. Année actuelle ? — R. 1886 (1916).

D. Mais ? — R. 1882.

D. Lisez-vous ? — R. Non, je ne lis... parce que papa ne veut pas... je me trouble, je me trouble du buste... qu'est-ce que j'entends parler tout bas... non, tout haut....

D. Que faites-vous ? — R. Je colporte....

D. Et le sifflet parleur ? — R. Oh! je ne l'entends presque plus ; je deviens trop vieux, n'est-ce pas ?

D. Vous l'avez entendu ? — R. Dans le temps... oui dans le temps...

D. Voulez-vous retourner ? — R. Si j'avais un bon verre de vin, je le boirais.

Le malade, au reste, ne s'occupe pas du tout ; il collectionne et est parfois gâteux.

Bref, B..., après avoir parcouru une phase délirante assez riche, assez bien coordonnée et fixe, passe à un état de désordre complet de l'activité mentale, avec certaines manifestations motrices que l'on retrouve dans la démence précoce, sans cependant tomber dans l'inertie psychique globale de celle-ci.

La flore mentale a ses formes hybrides ; celles-ci ne peuvent

nous autoriser à établir des fusions artificielles entre des espèces morbides, marquées par ailleurs de caractères spéciaux, dans les cas bien tranchés. Ces entités mixtes se retrouvent dans d'autres domaines de la pathologie nerveuse ou mentale : qui n'a noté la combinaison de manifestations psychasthéniques et délirantes sur les terrains dégénératifs ? Dans cet ordre d'idées, je mentionnerai un cas remarquable d'association de l'épilepsie avec le trouble idéo-obsessif du psychasthénique.

Observation LV. — S...

Homme de 45 ans, qui a des crises comitiales typiques, en séries, après un ou deux mois. Les séries de crises sont suivies d'un état obsédant, de rumination mentale : le malade se demande comment les choses viennent et comment elles finissent, comment le monde se crée ; il approfondit,se pose indéfiniment les mêmes questions, en parle à ses compagnons (c'est un simple ouvrier), reste absorbé des heures dans ces méditations obsédantes ; son esprit tournoie autour de certaines questions philosophiques, tout-à-fait en dehors de sa compétence, par exemple de définir la religion... etc. etc. Les deux ordres de manifestations se sont améliorés parallèlement, par le traitement antiépileptique.

* * *

Du côté de la folie circulaire, la démence précoce semble mieux délimitée, du moins quant à son évolution. Cependant, au début de l'affection surtout, le diagnostic est parfois très délicat.

Je rappellerai d'abord ces cas cités plus haut où, plusieurs années avant le début de l'affection, on observe une crise mentale aiguë, d'allure soit maniaque, soit lypémaniaque ; il me paraît impossible de décider à ce moment si cette crise est symptomatique d'une démence précoce ou d'une psychose maniaco-dépressive future.

Il est cependant bon de noter qu'en général le premier accès d'une folie circulaire se produit plus tardivement, aux environs de la vingtième année ou après. Les crises très précoces doivent être considérées comme suspectes.

L'évolution même de la démence précoce revêt parfois au début une forme circulaire, ainsi que je l'ai signalé déjà ; elle se marque par des crises d'agitation plus ou moins accentuées, se calmant au bout d'un certain temps, au point d'autoriser la

sortie d'essai du malade ; ces crises se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, jusqu'au passage à la démence précoce avérée.

Les crises d'excitation de la démence précoce se distinguent parfois, par certains caractères, de la crise maniaque ordinaire ; il est utile, en tout cas, de s'évertuer à dégager les signes distinctifs, à ce point de vue.

Dans la démence précoce, l'agitation est souvent extrême ; l'activité motrice, notamment, y est particulièrement désordonnée : le malade se livre à une gymnastique effrénée, à des mouvements violents, prenant parfois une allure stéréotypée. J'ai souvent observé dans ces crises une sorte de rire convulsif, de rictus sauvage qu'on n'observe pas chez le maniaque. La malpropreté est des plus marquées ; les tendances agressives très accusées.

Toutes ces manifestations ne semblent pas, comme chez le maniaque, émaner d'un état affectif exagéré, mais donnent bien plus l'impression d'explosions motrices brutales, sans la moindre cohérence.

Chez le maniaque, même dans les cas où l'agitation est extrême, l'interpellation, l'interjection d'un mot éveille le plus souvent dans le psychisme une réaction passagère : un mot ou l'autre est repris au passage par le malade, bientôt noyé d'ailleurs dans son flux de paroles, ou encore une association par assonance ou allitération se produit. Dans l'agitation du dément précoce, ces essais sont infructueux : le malade continue ses propos incohérents, semblant complètement abstrait du monde extérieur.

Les hallucinations sont plus fréquentes dans les crises de la démence précoce. Le maniaque vrai n'est guère halluciné : si parfois, il use de formules dialogantes, on s'aperçoit bientôt que c'est une conséquence de l'éréthisme psychique : le malade fait tous les frais du discours, fournissant questions et réponses, en partie mentalement, en partie verbalement.

Sans doute, ce sont là toutes nuances, mais elles forment la trame de ce qu'on appelle une impression clinique.

Au reste, dans les périodes intercalaires, les symptômes propres à la démence précoce ne tardent pas à se dessiner : inertie spéciale, asynergie, solirires, apathie, etc. L'accès maniaque, au

contraire, est souvent suivi, sinon précédé, d'une période dépressive franche.

Chez certains débiles mentaux, on observe également des accidents mentaux d'allure circulaire, dont les phases maniaques sont assez désordonnées et dont les phases de dépression présentent certains traits de l'inertie du dément précoce. Ce sont les plus troublants au point de vue du pronostic, car, on serait facilement induit à orienter son diagnostic vers la démence précoce.

Observation LVI. — D...

A toujours été une débile mentale. A l'âge de 16 ans, elle fait à domicile une dépression nerveuse d'une durée d'un an environ, dont elle se rétablit.

Un an après, crise d'allure plutôt maniaque, pendant environ six semaines. Un an après encore, à l'âge de 18 à 19 ans, crise de dépression assez courte, à laquelle succède une période d'excitation assez violente qui nécessite l'internement. Nous la voyons à cette époque.

Pendant son séjour à l'Asile, qui dure environ un an, la malade passe par des alternatives d'excitation, d'allure maniaque, coïncidant surtout avec les périodes menstruelles et de dépression, allant parfois jusqu'à la stupeur.

Pendant les périodes d'excitation, l'agitation est très désordonnée, violente, se rapprochant plus de la tonalité précoce que maniaque.

Mais, c'est surtout dans les phases dépressives que le cas est embarrassant : le puérilisme mental, le fond débile confèrent à la dépression un manque de consistance, de concordance entre l'état affectif et certaines manifestations extérieures, des rires injustifiés par exemple, qui peuvent faire penser à la démence précoce.

L'évolution de l'affection doit cependant faire rentrer ce cas dans la folie circulaire, car la malade est revenue à son état antérieur.

En général, cependant, la folie circulaire fournit, dans le caractère même de ses crises, des éléments suffisants d'appréciation : dans la phase maniaque, c'est le maintien du contact avec l'extérieur, la réaction aux mots d'excitation, une certaine cohésion entre les dispositions mentales et les manifestations extérieures de l'activité ; dans les phases dépressives, c'est également la concordance entre les dispositions cénesthésiques et l'attitude, l'activité du malade : on n'y observe pas ces déviations asynergiques que nous avons relevées dans l'inertie ou la stupeur de la démence précoce.

Enfin, il est un dernier élément dont il faudra tenir compte : l'hérédité du malade. En thèse générale, les tares héréditaires sont plus flagrantes chez le circulaire que chez le dément précoce ; en présence de troubles mentaux, d'allure douteuse, la présence d'une grosse hérédité vésanique fera plutôt pencher la balance en faveur de la psychose maniaque dépressive.

* * *

Délimiter la démence précoce par rapport à la confusion mentale semble dès l'abord une question ayant peu de portée.

La confusion mentale est en effet un syndrome essentiellement aigu ; elle se caractérise par une perturbation notable de la conscience, qui n'arrive plus à intégrer adéquatement les apports extérieurs ; elle réalise ainsi la désorientation plus ou moins marquée du malade quant au temps, au lieu, aux personnes. En outre, la conscience, incapable de contrôle, est le jouet, comme dans le rêve, d'illusions et d'hallucinations, résultant de l'éréthisme psychique. Les discours, les actes du malade sont évidemment marqués au coin de la même activité désordonnée. A mon sens, la confusion mentale doit être limitée à cette acception qui est celle du délire généralisé, défini par le professeur Francotte.

Elle est avant tout le syndrome mental des infections (délire des maladies infectieuses, notamment) et des intoxications (délire alcoolique, cocaïnique, etc. ; délire d'inanition, délire toxique, etc.).

Seulement, aussi bien dans la psychose maniaque dépressive que dans la démence précoce, les crises d'agitation très violentes peuvent revêtir le caractère de la confusion mentale, c'est-à-dire que la conscience est troublée, que le malade y est, du moins pendant un certain temps, totalement désorienté. La confusion mentale est ici bien plus fonction de l'intensité que de la nature du processus mental.

Tout comme dans la folie circulaire, la confusion mentale peut donc, dans la démence précoce, intervenir à titre de complication épisodique d'une crise particulièrement accentuée.

J'ai suffisamment indiqué plus haut les signes qui peuvent

nous permettre, dans une certaine mesure, de distinguer la crise d'agitation du dément précoce de la crise maniaque, si marquées soient-elles. Je n'y reviendrai pas.

* * *

La psychose hystérique, dont les premiers accidents, délirants notamment, apparaissent parfois au moment de la jeunesse, peuvent présenter certaines difficultés de diagnostic différentiel avec la démence précoce.

Cette question a déjà été débattue dans une étude clinique de Laruelle (Les Psychoses hystériques, 1908).

Dans les cas typiques, le délire des hystériques est avant tout un délire fait de scènes imagées, dans lesquelles la personnalité du malade même devient partie intégrante et active, ou encore de représentations sous forte tension émotive, qui se déploient en réactions motrices exagérées. Dans ce délire, le malade joue donc un rôle très actif et passe par toutes les manifestations émotives que ce délire comporte.

J'en fournirai une observation personnelle, très caractéristique :

Observation LVII. — G...

18 ans. Entre au Sanatorium du Haut-Pré en juillet 1917.

Depuis un certain temps, il est devenu irritable, dort mal, s'emporte facilement, présente des sortes de crises nerveuses, pendant lesquelles il se débat, « comme pour user sa force », dit la mère.

Isolé en chambre, le malade se tient souvent debout devant la fenêtre, un calepin à la main, dans lequel il note ses impressions du moment ; il se rend compte de ce qui se passe autour de lui, nous reconnaît, mais semble agacé quand on l'interpelle ; il se remet aussitôt à observer ce qui se passe au-dehors.

Voici un fragment de son journal :

Ans, 8 juillet 1917.

6 heures : le temps est clair, le merle chante. Le temps se couvre vers le nord. La ville se recouvre de buées. Vers l'est, les champs sont magnifiques.

6 h. $^1/_2$: la gare est tranquille : on doit attendre des trains. Je vois partir des personnes avec des voitures et moi, je dois rester dans ma chambre. Le ciel s'obscurcit de nouveau vers le fort de Barchon. Je crois voir Bertha dans un petit chemin du légumier. Qu'on ne me cache plus rien. Un train arrive. C'est une locomotive belge.

7 heures : la bataille s'éloigne. Le fort de Fléron, les sentinelles sont directement à leurs postes. Le vent vient toujours du Nord-Est.

7 h. $^1/_2$: trains qui passent, demandant signal pour partir. Panorama très beau ; le merle chante. La bataille doit se continuer vers le N-E, chez les Prussiens. Je sens la poudre. Les trains de Croix-Rouge remontent vers Ans ; ils forcent, mais on voit qu'ils ont de l'huile, alors que les machines allemandes ne pouvaient plus monter la côte.

8 heures : le fort de Fléron doit être tombé également, car il fait beau de ce côté. On remarque les champs. Un train vient de descendre vers Liége avec des blessés anglais.

9 h. 25 : le temps se rembrunit vers Micheroux. La bataille doit être plus forte. Un homme travaille.

10 heures : la houillère donne le signal au fort de Fléron. Un train arrive au fort de Fléron. Il se dirige vers le fort de Barchon. Le fort tâche de résister. Les Anglais résistent. Je voudrais avoir mon pistolet... etc... etc...

Le malade assiste donc à une bataille imaginaire et passe par les impressions que cette situation comporte, s'exaltant, s'irritant ou se réjouissant suivant les phases de l'action.

Il présente aussi des crises d'agitation nocturne, pendant lesquelles il crie, serre les poings ; il revoit alors des scènes de guerre ou est sous l'impression qu'il va mourir, d'après ses dires.

Sa crise mentale se termine par une paralysie fonctionnelle du bras gauche et de la jambe droite, qui dure 8 jours.

Cette histoire clinique met en vedette deux éléments importants qui permettent, dans une certaine mesure, d'orienter le diagnostic vers l'hystérie plutôt que vers la démence précoce, dans les cas douteux.

C'est, d'une part, la prépondérance, dans la genèse du délire, des illusions et des hallucinations, voire des représentations pseudo-hallucinatoires, s'organisant en scènes auxquelles le malade participe activement.

C'est, en second lieu, le parallélisme des réactions émotives et de l'activité du malade avec les péripéties mouvantes de son délire.

Au début de la démence précoce, on peut observer certains épisodes hystériformes, mais souvent, certains indices permettent déjà d'orienter le diagnostic.

Je rappellerai C... (voir observation XLII, p. 56).

Observation LVIII. — V..., 24 ans.

En septembre 1920, la malade manifeste les premiers troubles saillants ; elle devient pensive et préoccupée. Bientôt, elle prétend avoir été hypno-

tisée par les Allemands, qui savent toutes ses pensées. D'après l'entourage, elle a des rires injustifiés. Elle aurait eu aussi une crise nerveuse, ayant duré plus d'une demi-heure, pendant laquelle on a dû la contenir.

En novembre 1920, époque à laquelle nous la voyons, elle prétend avoir été hypnotisée par les Allemands pour la faire parler. Elle a peur d'être nuisible à la Patrie, par ses pensées, de devenir une espionne entre les mains de ses hypnotiseurs ; ceux-ci ont essayé de la faire dormir la nuit, mais elle résiste en se lavant les yeux à l'eau froide. Un jeune homme, qui lui a fait la cour, a essayé aussi de l'hypnotiser ; il a voulu voir ce qu'il y avait là-dedans (indique la tête). Elle a eu des luttes de tête contre la religion, etc. ».

Parfois elle s'immobilise dans un coin, pensive, pendant longtemps. Durant l'interrogatoire, elle se met parfois à éclater de rire, sans raison.

En général, elle présente, pendant plusieurs jours, au moment des époques, une période d'agitation d'allure hystérique : elle crie à tue-tête, se contorsionne, se raidit tout comme au cours d'une crise hystérique ; d'une voix irritée, elle invective contre le « Boche » qui l'a hypnotisée ; sa mimique et ses réactions émotives sont actives : elle pleure, ricane, menace.. etc.

Dans la suite, ces crises se sont reproduites encore, mais les symptômes de la démence précoce se sont affirmés.

Bref, il s'agit d'épisodes d'agitation hystériforme au début de la démence précoce ; dans ce cas, certains indices (rires injustifiés, indolence), permettaient déjà de soupçonner la nature de l'affection.

Parfois, cependant, la démence précoce, au début, revêt une allure hystérique assez caractérisée et assez franche pour imposer logiquement le diagnostic de psychose hystérique. (Cas du Professeur Francotte relaté par Laruelle, p. 99, op. cit.). L'évolution de l'affection est alors seule à même de décider.

Il faut donc retenir que les accidents mentaux, d'allure hystérique, survenant dans la jeunesse, quelque purs qu'ils paraissent, peuvent n'avoir qu'une valeur symptomatique et ne doivent pas autoriser un pronostic certainement favorable.

Étiologie et pathogénie de la démence précoce

Ballet, au XIII[e] Congrès des Aliénistes et Neurologistes (Bruxelles, 1903), posait déjà la question de l'origine accidentelle ou constitutionnelle de la démence précoce.

Il semble bien que si, au point de vue pathogénique, on ne peut d'emblée exclure l'intervention de facteurs accidentels, tels que l'auto-intoxication, l'étiologie première, profonde de l'affection, réside dans la constitution défectueuse du cerveau, dès l'origine.

Il en est de la démence précoce comme de certaines lésions dégénératives du névraxe, pour lesquelles il faut bien admettre une déficience constitutionnelle de l'organe.

Cette opinion repose sur deux ordres de faits :

1° Le syndrome de la démence précoce, avec les traits spéciaux que j'ai indiqués, se produit parfois chez des dégénérés manifestes ;

2° Chez les déments précoces, on observe assez souvent, soit dans leurs antécédents personnels, soit dans leur conformation physique, des stigmates de dégénérescence.

Je sais que la notion de dégénérescence est assez vague et élastique ; on est cependant d'accord pour faire rentrer, dans les états dégénératifs, certaines formes cliniques, telles que la débilité mentale avec ses stigmates physiques de dégénérescence ou encore la constitution psychopathique idéo-obsessive ou psychasthénique.

1° Le syndrome de la démence précoce se produit parfois chez des dégénérés manifestes, chez des débiles mentaux

Observation LIX. — N....

Le malade, d'après sa mère, a toujours été un insuffisant mental. A l'école primaire, il n'est pas parvenu à dépasser la troisième classe. Il sait à peine lire et écrire. Etant enfant, il avait des terreurs nocturnes et parfois se livrait à des actes violents de somnambulisme. Il a eu aussi des convulsions à l'âge de quatre ans.

Il présente d'ailleurs des stigmates de dégénérescence assez marqués : le front est bombé, asymétrique, assez fuyant. Les pavillons des oreilles sont petits, le lobule adhérent, l'hélix mal ourlé ; on note un tubercule de Darwin, à gauche. Le tourbillon des cheveux est reporté à droite. Les sourcils se rejoignent sur la ligne médiane... etc.

Je dois dire cependant que, chez ce malade, le syndrome de la démence précoce n'est pas tout-à-fait caractéristique.

Observation LX. — L...

Ce malade est un dément précoce typique.

Né le 4 juillet 1893, il entre à l'Asile de Volière en novembre 1918.

Il a toujours été un insuffisant mental. Il a eu des convulsions à l'âge de 7 ans. Il a commencé ses études tardivement ; on a dû le faire instruire à domicile, car il avait des peurs inconsidérées, dès qu'il sortait. Il sait d'ailleurs à peine lire et écrire.

Jusqu'à l'âge de 19 ans, il s'est occupé un peu de commerce avec sa mère, c'est-à-dire qu'aux dires de celle-ci, il regardait surtout faire les autres ! On a vainement essayé de l'employer à un métier.

Vers 19 ans, il devient plus inerte encore ; il ne consent plus à sortir qu'avec sa mère. Il se plaint de la tête. A certains moments, il a des sortes de crises impulsives au cours desquelles il parle beaucoup, à tort et à travers et brise ce qui est à sa portée.

Vers l'âge de 25 ans, l'intensité et la fréquence de ces crises nécessitent la collocation.

Le malade présente une conformation cranio-faciale manifestement défectueuse et, notamment, des anomalies saillantes des oreilles.

Il est actuellement dans l'inertie caractéristique du dément précoce ; on remarque des solirires, des gesticulations stéréotypées (inspection des mains, grimaces, froncements... etc). A l'Asile, les crises impulsives sont rares.

On pourrait, au point de vue état mental constitutionnel, chez les déments précoces, créer toute une échelle depuis l'insuffisant manifeste, présentant des stigmates flagrants de dégénérescence, jusqu'au sujet en apparence normal, n'ayant pas présenté d'anomalie psychique notable jusqu'à l'éclosion de l'affection.

Dans beaucoup de cas cependant, on peut dire que le dément précoce s'est montré capable d'un rendement intellectuel ou du moins professionnel normal jusqu'au début de la maladie ; il a fait des études parfois brillantes ou a rempli un emploi avec assez d'aptitudes.

Ce qu'on relève déjà chez beaucoup d'entre eux, ce sont cer-

tains traits anormaux du caractère, qui compromettent, dans une mesure plus ou moins grande, leur vie sociale : ce sont d'ordinaire des natures concentrées, timides, fuyant la société, portées à la défiance, parfois promptes à l'interprétation. Leurs goûts sont changeants. L'ennui les prend vite : ils se perdent alors dans des rêveries romantiques ou romanesques, suivant leur culture. Mais ce ne sont là que des expressions de la simple constitution psychopathique.

2° Dans les antécédents personnels du dément précoce ou dans son état somatique, on observe assez souvent des stigmates de dégénérescence.

P..., (malade de l'observation XLIII, p. 56) :

A présenté, longtemps avant le début de son affection, des troubles psychiques de nature psychasthénique, notamment certaines phobies. Il se montre méticuleux et scrupuleux à l'excès : il rougit d'une plaisanterie légère, s'offusque d'un mot un peu vif, se montre rigide en matière de morale et d'honnêteté. Il a des peurs inconsidérées... etc....

W..., (malade de l'observation VI, p. 12) :

A présenté toute une période pendant laquelle il se montre obsédé : il se demande s'il existe, prétend qu'il n'a pas de personnalité ; il se demande s'il peut exister dans la société telle qu'elle est organisée... etc....

D'autre part, il est banal de noter, chez les déments précoces, la présence de stigmates physiques de dégénérescence :

Je ne citerai que K... et D..., que nous avons présentés comme déments précoces caractéristiques.

Chez K..., (malade de l'observation XVII, p. 24), on relève : front très irrégulier ; angle inférieur des mâchoires très saillant. Pointe de Darwin des deux côtés ; à droite, soudure, vers le milieu, de l'hélix et de l'anthélix. Lobules mal dessinés. Moitié droite du crâne plus développée que la gauche ; tourbillon fortement reporté à droite.

Chez D..., (malade de l'observation XIII, p. 20), il y a également des malformations manifestes du crâne et de la face : l'asymétrie notamment est frappante ; il y a une encoche à l'hélix droit, une hypertrophie de l'hélix gauche... etc.

En somme, on trouve donc, chez beaucoup de déments précoces, une constitution psychique originairement anormale et des stigmates physiques de dégénérescence.

Je pense qu'il ne faut pas perdre de vue ces éléments dans la notion d'étiologie de la démence précoce et qu'on ne peut penser à en faire une psychose purement accidentelle.

* * *

Il est d'ailleurs possible que des facteurs accidentels interviennent dans la genèse de certains aspects évolutifs de la démence précoce. La stupeur cataleptique, assez fréquente dans l'affection sans en être pathognomonique, pourrait peut-être relever d'une auto-intoxication de l'organisme ; on l'a notée en effet, dans des affections diverses où l'intoxication entre particulièrement en jeu.

Brissaud et Lamy l'ont signalée dans l'urémie.

Dufour rapporte trois cas de stupeur avec catatono-catalepsie au cours de la fièvre typhoïde ; des cas analogues avaient déjà été observés par Bernheim, Taupin (voir H. Dufour. Catalepto-Catatonie au cours de la fièvre typhoïde. *R. Neurol.*, 1900, p. 970).

On l'a enfin signalée dans diverses infections et intoxications. (Voir Latron. Des états cataleptiques dans les infections et intoxications. *Thèse de Paris*, 27 mars 1901).

Mais, je ferai remarquer que la catalepsie, voire la stupeur cataleptique, n'est le plus souvent qu'un symptôme transitoire, épisodique de la démence précoce et qu'il ne faudrait pas en induire que la Catatonie, syndrome complexe isolé par Kahlbaum, soit sous la dépendance d'une intoxication. A ce point de vue, je pense que, dans la littérature, se glisse parfois une confusion terminologique entre la catatonie- symptôme qui doit être mise sur le même pied que la catalepsie et la catatonie-syndrome, qui est à l'origine de la conception de la démence précoce.

* * *

Je n'insisterai pas sur le fait que beaucoup de déments précoces présentent des tares héréditaires plus ou moins marquées; il est digne de remarque, cependant, que dans la psychose maniaque dépressive notamment, l'ascendance est souvent entachée d'une façon plus patente que dans la démence précoce ;

ce fait pourra entrer en ligne de compte dans l'assise du pronostic.

En dehors d'accidents mentaux ou nerveux de nature variable, on note assez souvent de l'alcoolisme dans l'ascendance du dément précoce, moins fréquemment cependant que chez les épileptiques.

En Italie, Ronco a signalé que la démence précoce n'est pas rare dans la descendance des pellagreux.

Il faut attribuer une importance assez grande à la tuberculose : on note assez souvent que l'un des ascendants du dément précoce a été emporté par la phtisie, à un âge peu avancé.

Roubinovitch a insisté sur la vulnérabilité cérébrale hérédo-tuberculeuse dans l'étiologie de la démence précoce ; je crois qu'il serait plus exact de dire dans l'étiologie des affections mentales en général, car on retrouve ce facteur héréditaire dans divers états dégénératifs (constitution psychasthénique,certains états délirants, etc.).

Roubinovitch et Phulpin ont aussi noté, dans 7 cas sur 31, l'association : sténose mitrale pure, tuberculose légère des poumons, démence précoce.

Certains auteurs ont insisté aussi sur la valeur étiologique de la syphilis héréditaire ; je pense que celle-ci se traduit plus souvent par d'autres syndromes mentaux.

Dans quelques cas, j'ai relevé le fait que le dément précoce a été conçu par des parents âgés, dépassant la quarantaine.

Pronostic de la démence précoce

Que faut-il penser du pronostic de la démence précoce ?

Kraepelin admet la possibilité de la guérison de la démence précoce, dans 13 % des cas. (Voir KRAEPELIN. *Alg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, mai 1899, et *Einführung in die Psychiatrische Klinik*, 3e édition (1916), p. 46).

Raecke donne un pourcentage de guérisons de 15,8 % et même de 26,9 % des cas, en tenant compte des guérisons pratiques. (Voir RAECKE : Zùr Prognose der Katatonie. *Archiv. f. Psychiatrie ùnd Nervenkrankheiten*, 1910, Band 47, Heft. 3).

Seulement, il faut se défier de la tendance de l'Ecole de Heidelberg et surtout de certains de ses disciples, à amplifier outre mesure le concept de la démence précoce et, par conséquent, à y faire rentrer des cas assez hétéroclites.

Kraepelin, cependant, rapporte le cas d'un homme de 35 ans dont la crise mentale, d'une durée de 3 mois, présentait des caractères assez nets quant au diagnostic de démence précoce et qui est resté guéri depuis 16 ans ; je transcris son observation :

Quelque temps avant son entrée, ce malade a voulu se suicider et, de plus engageait sa femme à mourir avec lui.

Il est d'aspect pâle, amaigri ; est bien orienté, sait où il est et répond correctement aux questions. Il est malade depuis 5 semaines, a souffert de la tête ; il pensait que ses camarades faisaient allusion à de petites fautes qu'il aurait commises dans des emplois antérieurs. Il a entendu dire: « nous te combattons... etc. ». Il n'a pas tout compris, on lui a téléphoné dans l'oreille ; c'est pour cela qu'il a voulu se pendre. Après, il a encore travaillé, mais il était anxieux, craignait d'avoir rendu de la fausse monnaie et pour cela d'aller en prison. Il avait la tête brouillée et a demandé à sa femme de se tuer avec lui, car elle serait malheureuse, dès qu'il serait en prison. Il ne pouvait ni dormir ni manger, se faisant toujours des reproches. Au plafond, il a vu au début une tête effrayante, etc.

Tous ces faits sont racontés par le malade, la mine souriante, avec une façon de parler maniérée (gezierter Sprechweise). Il n'émet aucune autre réflexion sur ses tentatives de suicide, pas plus que sur son transfert à l'Asile. Il tend la main d'une façon raide, étalée. Il manifeste de la catalepsie marquée et de l'échopraxie, spécialement de l'écholalie, répétant

aussitôt les mots qu'on lui adresse, parfois en les transformant. Dans les premiers temps de son séjour, il restait le plus souvent au lit toute la journée, souvent avec les yeux fermés, insensible aux interpellations et même à la piqûre. Comme il le disait parfois, il entendait des voix qui lui disaient et criaient toutes les choses possibles. Il racontait d'une voix chuchotée qu'il a vu en haut un cœur bleu et, derrière, la lumière tremblante du soleil et encore un cœur de femme. Il a vu aussi des éclairs, une comète avec une longue queue ; le soleil se levait du côté opposé.

Dans les derniers temps, le malade a refusé brusquement la nourriture ; on a dû le nourrir à la sonde. L'invitation à écrire à sa femme, il la repoussait, disant qu'il avait chose plus importante à faire.

Il ne désirait pas la visite de sa femme, cela n'en valait pas la peine. Sur l'injonction de montrer la langue, il ouvrait la bouche, mais retirait énergiquement la langue en arrière, contre le voile.

De temps à autre, il devenait soudain aveuglément agressif pour l'entourage, sans pouvoir justifier son acte. Comme signes somatiques, on notait seulement des réflexes rotuliens très vifs.

Il est évident que l'on retrouve dans cette observation des traits de la démence précoce : l'indifférence, succédant à une période d'inquiétude affective bien caractérisée ; les expressions motrices (mine souriante, maniérisme) en contradiction avec l'exposé de son délire ; le négativisme discordant (ouvre la bouche, mais retire la langue) ; les crises impulsives sans justification ; tout cela rappelle l'indifférence et les manifestations asynergiques du dément précoce.

J'ai observé un état analogue chez une jeune fille de 26 ans, qui a passé à la guérison, confirmée depuis plus de cinq ans.

Ces états, d'allure encore aiguë, peuvent donc tourner court et s'orienter vers la guérison ; il faudra tenir compte de ce fait dans l'assise du pronostic.

Mais, pour ma part, je n'ai pas connaissance de guérisons véritables dans les cas où les symptômes caractéristiques de la démence précoce se sont affirmés nettement, à froid pourrait-on dire, en dehors d'un état conservant une certaine allure aiguë.

Par contre, les rémissions ne sont pas rares dans la démence précoce.

Séglas et Logre ont insisté sur ce fait. (Voir Séglas et Logre : Des rémissions dans la démence précoce. *S. de Psychologie.* Séance du 16 février 1911).

La rémission, dans la démence précoce, se ramène, en général,

à la possibilité, pour le malade, de reprendre la vie sociale, dans une mesure plus ou moins grande.

J'ai eu l'occasion d'observer un cas remarquable de ce genre :

C..., (malade de l'observation XXXIII*b*, p. 39) :

Séjournait à l'Asile depuis 1910. C'est un dément précoce bien typique; d'habitude il se tenait à l'écart, s'isolant, se livrant à des déambulations sans fin, tournant sur place pendant des heures. Il parlait rarement et semblait irrité d'être interpellé, riait souvent seul ou soliloquait. Il était très malpropre. Fréquemment, il avait des crises de colère impulsive ou des tendances agressives.

Après cinq ans, il reprend des habitudes de propreté, commence à s'intéresser à l'entourage, à lire, à écrire, à dessiner ; finalement, après huit ans, il peut sortir de l'Asile, suffisamment sociable. Il se maintient en bon état depuis deux ans. Du côté du psychisme, persistent encore des troubles spéciaux à l'affection, notamment des solirires.

Ces rémissions, pouvant donc se produire à une période avancée de l'affection, nous confirment dans l'opinion déjà émise que la démence précoce repose moins sur une déchéance intime, essentielle des facultés mentales que sur leur mauvais rendement, résultant de déficiences du mécanisme intra-psychique.

Étude de la démence précoce au point de vue somatique

Après avoir essayé de délimiter la démence précoce au point de vue psychique, il nous reste à rechercher si nous ne pouvons caractériser l'affection par certains symptômes organiques ou certaines particularités physiologiques, ou du moins si nous ne pouvons mettre en vedette certains aspects assez spéciaux à la maladie, permettant d'orienter ou d'étayer le diagnostic.

* * *

Les symptômes somatiques que l'on peut relever dans le système nerveux des déments précoces n'ont rien de caractéristique. On y observe souvent une certaine hyperréflectivité profonde, qui s'objective particulièrement par la présence du réflexe des adducteurs, avec réponse contro-latérale, sorte de réflexe en compas.

Fréquemment, on note du tremblement ; celui-ci n'apparaît d'ailleurs en général que dans les épreuves appropriées, telles que l'étalement des mains, etc. Parfois, cependant, il existe un tremblement assez général, prenant à certains moments les caractères d'une trépidation intense.

Mais ce sont là toutes manifestations communes à beaucoup d'états purement névrosiques.

Certains auteurs ont signalé la présence de troubles pupillaires dans la démence précoce. Blin, notamment, constate la présence de l'Argyll-Robertson, dans 13 % des cas. (Cf. *Revue de Neurologie*, 1906, p. 151). Pour ma part, je n'ai pas observé d'altérations particulières de la réflectivité pupillaire, dans la démence précoce, telle que je la conçois ; dans plusieurs cas, j'ai noté de la mydriase, une anisocorie plus ou moins constante, une photoréaction transitoirement paresseuse, mais pas de troubles bien profonds et bien constants de la réflectivité.

Sérieux et Masselon sont aussi d'avis que les signes pupillaires sont moins intenses qu'on ne l'a avancé et qu'ils ne consistent guère qu'en dilatation et déformation. (Cf. *Revue de Neurologie*, 1903, p. 767).

Les réflexes cutanés sont en général normaux ; je n'ai pas noté une absence particulièrement fréquente du réflexe plantaire, absence que Maillard signale dans 70 % des cas.

* * *

La circulation des déments précoces apparaît, dans bon nombre de cas, comme languissante ; les mains sont froides, prennent facilement une teinte cyanotique. Je sais que ce sont là phénomènes propres aux états stuporeux quelque peu accentués, mais on peut les observer dans la démence précoce, en dehors de toute stupeur bien caractérisée.

On y observe aussi l'apparition facile d'œdèmes malléolaires. Dans un cas, j'ai noté la production de larges bulles séro-sanguinolentes, au niveau des membres inférieurs, laissant à leur suite des ulcérations superficielles ; le phénomène se produisait par périodes. Un cas analogue a été signalé par Nouet et Threpsat. (Cf. *Revue de Neurologie*, 1910, p. 600). Dans un autre cas, il s'agissait d'un œdème intermittent, plutôt dur, des membres inférieurs, avec bouffissure des mains, disparaissant par quelques jours de repos au lit.

Il n'est pas rare d'observer du dermographisme ou des changements rapides de coloration de la face. Dans plusieurs cas, j'ai noté une labilité particulière du pouls.

J'ai étudié environ 37 cas de démence précoce au point de vue sphygmomanométrique et ai obtenu les chiffres suivants :

Nos d'ordre	Dates	Mx (Riva-Rocci) (tension résiduelle)	Mn (Pachon)	Observations
1. T... ♂ 47 ans	3-XI-1920	14	10.5	Pouls : 72
	21-I-1922	14.5	10.5	Pouls : 72
	27-I-1922	13.2	10	Pouls : 64
	10-IV-1922	13	10	Pouls : 68
2. L... ♂ 24 ans	3-XI-1920	13.8	9.5	P = 76
	15-XI-1920	14	9.5	P = 88
	15-XII-1920	13.2	9	P = 72 Microsphygmie
	15-I-1921	12.5	8	P = 72
	10-IV-1922	13	9.5	P = 72
3. S... ♂ 28 ans	3-XI-1920	15	11	P = 120
	21-I-1922	15.2	11.5	Microsphygmie
	26-I-1922	15.5	11	
	10-IV-1922	15.2	11	
4. M... ♂ 30 ans	3-XI-1920	14	11	P = 76
	15-XII-1920	14.5	11.5	P = 68
	20-I-1922	14.5	10.5	P = 72
	10-IV-1922	13.3	10	P = 64
5. S... ♂ 25 ans	3-XI-1920	13.8	10	P = 84
	11-XI-1920	14.3	10	P = 88 Tuberculose
	15-XII-1920	13.5	9	P = 92 pulmonaire
	29-IV-1921	13.2	9	P = 108 à la date du
	20-I-1922	11.2	8	P = 120 20-I-1922
6. N... ♂ 50 ans	3-XI-1920	12	8.5	P = 96
	20-I-1922	11	8	P = 108
7. V... ♂ 23 ans	3-XI-1920	12.2	8	P = 68 Etat catato-
	20-I-1922	13	9	P = 64 nique (stu-
	10-IV-1922	11.3	8.5	P = 68 peur), à partir
	14-IV-1922	11	8	P = 72 de mars 1922
8. P... ♂ 40 ans	16-VI-1920	17	11.5	
	3-XI-1920	15	9.5	P = 72
	20-I-1922	16	10.5	P = 76
	25-I-1922	16	10.5	P = 76

N^os^ d'ordre	Dates	Mx (Riva-Rocci) (tension résiduelle)	Mn (Pachon)	Observations
9. B... ♂ 31 ans	3-XI-1920	14.2	9.5	P = 84
	11-XI-1920	13	9.5	P = 72
	21-I-1922	12	8.5	P = 80
	25-I-1922	12	9	P = 72
	3-II-1922	12.2	9.5	P = 76
	10-IV-1922	12	9	P = 76
10. D... ♀ 20 ans	9-XI-1920	12	9.5	P = 96
11. D... ♀ 57 ans	3-XI-1920	16.5	10.5	P = 96 Microsphygmie
	24-I-1921	16.5	10.5	P = 72
	27-IV-1921	17	10.5	P = 84
12. C... ♀ 50 ans	3-XI-1920	18	13	P = 84
	3-II-1921	17	12	P = 80
13. S... ♂ 40 ans	3-XI-1920	14.3	11	P = 80
	24-I-1921	14.3	10	P = 84
	26-I-1921	14.3	10	P = 84
	27-IV-1921	14	10	P = 76
14. M... ♂ 45 ans	3-XI-1920	14.8	9.5	P = 72
	25-I-1921	13.5	9.5	P = 84
	27-IV-1921	14.6	9	P = 72
15. D... ♂ 45 ans	20-I-1922	12.5	9	P = 84 Microsphygmie
	12-IV-1922	12.2	9	P = 94
16. L... ♂ 35 ans	3-I-1920	15	11	P = 92
	27-IV-1921	15.2	10.5	P = 96
17. D... ♂ 33 ans	29-IV-1921	14.3	10	P = 72
	20-I-1922	14	10	P = 76 Microsphygmie
	12-IV-1922	15.2	10.5	P = 92
18. T... ♂ 32 ans	20-I-1922	14.2	10.5	P = 84
	3-II-1922	14	10	P = 84 Microsphygmie
	14-IV-1922	13.2	9.5	P = 96
19. C... ♂ 35 ans	20-I-1922	15.2	11	P = 80

Nos d'ordre	Dates	Mx (Riva-Rocci) (tension résiduelle)	Mn (Pachon)	Observations
20. L... ♂ 23 ans	20-I-1922	12	9	P = 72 Microsphygmie
	10-IV-1922	12	8.5	P = 80
21. M... ♂ 30 ans	20-I-1922	15.2	11	P = 68
	14-IV-1922	14	10.5	P = 64
22. V... ♂ 28 ans	20-I-1922	12	8.5	P = 80
	3-II-1922	12	8.5	P = 80
23. V... ♂ 28 ans	20-I-1922	13.2	9.5	P = 92
	27-I-1922	13	9	P = 76
	14-IV-1922	12.5	9.5	P = 72
24. B... ♂ 33 ans	18-I-1922	15.2	11	P = 112 Microsphygmie
	10-IV-1922	15	10	P = 80
25. B... ♀ 30 ans	19-I-1922	12.5	10	P = 84
	10-IV-1922	12.5	9.5	P = 84
26. B... ♀ 32 ans	19-I-1922	12.5	9	P = 80
	10-IV-1922	12.2	8.5	P = 96
27. L... ♀ 30 ans	19-I-1922	15	11.5	P = 84 Microsphygmie
	10-IV-1922	14	10	P = 96
28. M... ♀ 35 ans	20-I-1922	15	10	P = 84
	10-IV-22	13.3	10	P = 84
29. D... ♂ 28 ans	3-II-1922	13.2	9	P = 96
	14-IV-1922	12	9	P = 84
30. L... ♂ 25 ans	24-I-1922	14.5	10.5	P = 84
31. R... ♀ 26 ans	24-I-1922,	15.5	11	P = 120 Microsphygmie
	18-IV-1922	15	10.5	P = 88
32. B... ♂ 30 ans	24-I-1922	11	8.5	P = 80 Microsphygmie

Nos d'ordre	Dates	Mx (Riva-Rocci) (tension résiduelle)	Mn (Pachon)	Observations
33. V... ♂ 22 ans	22-IX-1920	17	11.5	P = 96
	7-X-1920	16.5	11.5	P = 76
	15-XI-1920	16.3	11.5	P = 74
	24-I-1921	15	10	P = 60
	25-I-1921	15.3	10.5	P = 72
34. C... ♂ 32 ans	10-IV-1922	13.3	9.5	P = 80 Microsphygmie
	19-V-1922	12.5	9	P = 84
35. B... ♂ 35 ans	10-IV-1922	14.2	10	P = 80 Microsphygmie
36. F... ♀ 25 ans	18-IV-1922	12.5	9.5	P = 100
37. L... ♂ 27 ans	19-IV-1922	13.2	9.5	P = 84

On trouve, dans la littérature, des opinions diverses quant à la tension artérielle, dans la démence précoce ; Weber notamment (clinique de Kraepelin) signale un abaissement de la tension systolique et diastolique en général. (Cf. *Revue de Neurologie*, 1911, p. 501).

D'après mes observations, je pense pouvoir formuler les conclusions suivantes :

1° Dans la démence précoce, les chiffres de tension artérielle, tant Mx que Mn, sont, en règle générale, normaux ou supérieurs à la normale, cette hypertension, le plus souvent modérée d'ailleurs, intéressant environ la moitié des cas. A ce point de vue, les résultats sont comparables à ceux que l'on obtient dans les états psychonévrosiques. (Cf. Contribution à l'étude de la pression artérielle dans l'épilepsie et les états psychonévrosiques. Dr Divry. *Journal de Neurologie*, 1921).

2° On n'observe de valeurs d'hypotension que lorsque l'affection est compliquée (tuberculose pulmonaire, par exemple).

3° Dans bon nombre de cas, on observe, à l'oscillomètre de Pachon, de la microsphygmie, les oscillations maximales étant d'une amplitude réduite. Je n'ai certainement pas observé ce

phénomène avec la même fréquence, dans d'autres états, tels que l'épilepsie ou les états psychonévrosiques.

Ce qui est un peu spécial à la démence précoce, sans être pathognomonique, c'est la circulation souvent languissante, la microsphygmie assez fréquente qu'on y observe, alors que la pression artérielle se cantonne dans les valeurs normales ou, souvent même, supérieures à la normale.

* * *

Dans l'espoir de mettre en vedette une réaction spéciale de l'appareil neuro-vasculaire, dans la démence précoce, j'ai injecté à plusieurs malades de l'adrénaline à la dose de ½ à 1 mmg., sous la peau. J'ai observé les mêmes réactions que celles que l'on observe à l'état normal et dans d'autres affections mentales : accélération du pouls, élévation notable de la tension Mx, tremblement, trépidation des jambes. Dans certains cas, cependant, j'ai noté une intensité et une durée particulièrement marquées du tremblement ; chez un malade, notamment, le tremblement s'étendit rapidement à tout le corps, sous forme d'un frisson intense, qui ne céda qu'après une heure environ.

J'ai également essayé la pituitrine, qui ne m'a pas fourni de réaction spéciale du côté de la circulation en injections sous-cutanées.

* * *

Il m'a paru intéressant d'étudier le réflexe oculo-cardiaque, chez les déments précoces. J'ai soumis seize malades dociles à de nombreux essais, mais il faut avouer que les résultats sont loin d'être univoques : neuf ont réagi assez régulièrement par une raréfaction du pouls, plus ou moins notable suivant les expériences ; cinq par une accélération plus ou moins marquée; dans deux cas, la réaction s'est montrée tantôt positive, tantôt négative. Je ferai d'ailleurs observer que, dans le cas où la réaction se montre régulièrement positive ou négative, elle subit parfois des écarts notables, d'une expérience à l'autre.

* * *

Au point de vue de l'état du sang, dans la démence précoce, on trouve aussi, dans la littérature, des opinions assez variables.

Quelques auteurs allemands (Kuhn, etc.), signalent que, dans la démence précoce, le nombre des leucocytes est assez élevé et que, souvent, les polynucléaires cèdent devant les éléments lymphocytaires ou éosinophiles.

Schultz note une tendance aux chiffres élevés de globules rouges. Les variations du nombre des éosinophiles, surtout en diminution, sont particulièrement fréquentes dans les formes stuporeuses, ainsi que dans les stades terminaux.

Sabrazès signale dans la démence précoce catatonique, des altérations globulaires profondes : anisocytose, poïkilocytose, polychromatophilie.

Pighini et Paoli trouvent un état particulier des globules rouges, dont le volume serait supérieur à la normale et qui auraient un aspect ombiliqué spécial.

Dide (Congrès de Lille, 1906) formule les conclusions suivantes : au début de l'affection, il y a parfois des manifestations anxieuses, avec négativisme : à ce moment, il y a de la leucocytose qui peut être très marquée, avec polynucléose et parfois une crise d'éosinophilie. Pendant les phases catatoniques, il y a de la leucocytose modérée, avec mononucléose sensible. L'agitation stéréotypée avec verbigération, mais sans négativisme, s'accompagnerait d'un abaissement du nombre des globules blancs, avec mononucléose très accentuée.

Pour Purdum et Wells, il y a ordinairement légère leucocytose, avec augmentation du nombre des éosinophiles et des grands mononucléaires, avec abaissement du nombre des neutrophiles.

J'ai étudié vingt-six malades au point de vue hématologique :

Nos d'ordre	Numération	Neutrophiles	Eosinophiles	Basophiles	Lymphocytes	Mononucléaires Moyens	Mononucléaires Grands	Formes de transition
1. L... ♂	GR : 7.100.000 GB : 5.000	58.3	5.9	0.4	4.3	24.1	2.4	4.6
2. T... ♂	GR : 5.500.000 GB : 3.800	63.6	3.1	—	7.2	15	4.8	6.2
3. B... ♂	GR : 5.125.000 GB : 7.050	47.9	12	0.1	17	16	4	3
4. C... ♂	GR : 4.175.000 GB : 8.900	55	6	0.6	16.5	14.5	2.7	4.7
5. M... ♂	GR : 7.500.000 GB : 8.900	63.5	1.5	1	16.5	17	3.8	2.7
6. P... ♂	GR : 5.325.000 GB : 16.000	66.5	5.6	0.3	6.5	12.6	2	6.5
7. D... ♂	GR : 4.375.000 GB : 5.400	61	4.5	0.5	12.5	11.5	4.	6
8. G... ♂	GR : 6.500.000 GB : 10.600	60.2	4.5	—	14.2	16.8	2.5	1.8
9. B... ♂	GR : 5.287.000 GB : 4.800	58.3	3.7	0.2	17.5	13.8	1.5	5
10. V... ♂	GR : 5.000.000 GB : 14.500	75.5	1.6	—	6.5	8.9	1.5	6
11. V... ♂	GR : 5.375.000 GB : 5.400	54.5	6.5	0.2	11.1	17.1	2.5	8.1
12. L... ♂	GR : 4.500.000 GB : 9.500	63.7	3.5	0.2	14.8	10.8	1.2	5.8
13. B... ♂	GR : 4.525.000 GB : 6.500	69	1	—	15.5	8	1.5	5
14. P... ♂	GR : 2.790.000 GB : 7.800	56.5	2.2	—	20.5	7.5	7	6.5

Nos d'ordre	Numération	Neutrophiles	Eosinophiles	Basophiles	Lymphocytes	Mononucléaires Moyens	Mononucléaires Grands	Formes de transition
15. V... ♂	GR : 5.000.000 GB : 7.500	58.5	3	0.3	14.8	15.5	3.2	4.6
16. G... ♂	GR : 4.500.000 GB : 4.700	54.8	3.3	0.3	25.9	10	1.1	4.6
17. C... ♂	GR : 4.720.000 GB : 4.400	42.5	5.2	—	14.5	27.5	3.5	6.8
18. S... ♂	GR : 5.100.000 GB : 4.200	70.5	1.2	0.7	17.9	4.5	1.8	3.4
19. D... ♀	GR : 3.000.000 GB : 4.800	59.3	1.7	1.2	22.5	9	1.8	4.5
20. M... ♂	GR : 4.200.000 GB : 9.400	62.1	2	0.2	20.4	8	2.3	5.2
21. D... ♀	GR : 3.500.000 GB : 9.000	67.5	1.3	0.3	11.8	12	2.4	4.7
22. C... ♂	GR : 4.000.000 GB : 6.400	52.1	5	0.1	24	12.4	2.4	4
23. M... ♀	GR : 6.300.000 GB : 3.700	57	3.5	0.1	13.5	20.2	3.5	2.2
24. Th. ♀	GR : 4.500.000 GB : 11.700	67.9	4.4	1.2	15	4.5	2.5	4.5
25. N... ♂	GR : 4.525.000 GB : 7.400	58.4	1.3	0.9	19.9	9.9	2.7	6.9
26. L... ♂	GR : 5.225.000 GB : 7.400	69.5	2.1	0.5	6.6	8.7	6.2	6.4

Dans un certain nombre de cas (une dizaine), le nombre des globules rouges s'est donc montré supérieur à la normale, dépassant 5.000.000 par mm³. On pourrait penser qu'il s'agit là d'érythrostase capillaire, en raison de la torpeur fréquente de la circulation périphérique ; cependant, en comparant la teneur en hématies du sang pris au doigt et du sang retiré de la veine, on obtient des chiffres superposables.

Je n'ai pas observé d'altérations globulaires notables, même chez des malades anciens, présentant un état général médiocre.

Au point de vue du nombre des globules blancs, rien de caractéristique ; ni leucocytose ni leucopénie notables.

Sur les 26 cas, 10 ont présenté un chiffre d'éosinophiles dépassant 4 %. Je n'ai pas pu rattacher cette éosinophilie modérée à un stade spécial de l'affection ou la relier à quelque autre ensemble symptomatique du cours de l'affection.

Dans la série lymphogène, il est notable qu'un certain nombre de cas présentent un certain degré de mononucléose.

La figure sanguine ne présente donc pas, dans la démence précoce, de traits caractéristiques, au moins constants ; tout au plus peut-on noter, comme particularités assez fréquentes, un certain degré de polyglobulie, une éosinophilie modérée et de la mononucléose.

* * *

Au sujet du liquide céphalo-rachidien, les données des auteurs ne sont pas concordantes.

Certains signalent de la lymphocytose dans un certain nombre de cas.

Da Cunha et Vianna ont noté une réaction lymphocytaire dans 40 % des cas. (Cf. *Revue de Neurologie*, 1909, p. 1188).

Denys et Camus (Congrès de Pau, 1904) ont constaté dans 6 cas sur 20, une lymphocytose modérée, surtout à la phase terminale de l'affection.

Viegas, un auteur brésilien, n'a pas trouvé de lymphocytose, mais assigne une certaine hypertonie au liquide céphalo-rachidien des déments précoces. (Cf. *Encéphale*, 1912, p. 103).

J'ai étudié le liquide céphalo-rachidien de vingt malades et suis arrivé aux résultats suivants :

1° La pression du liquide lombaire est normale, dans la démence précoce ; dans trois cas seulement, j'ai noté une tension atteignant 20 ccm. dans la position couchée ou dépassant légèrement ce chiffre. Ces hypertensions modérées n'ont d'ailleurs pas de signification bien spéciale, car j'en ai trouvé une proportion sensiblement égale dans l'épilepsie (7 cas sur 55) et on peut les rencontrer aussi dans les états psychonévrosiques (Cf. Recherches systématiques sur le liquide céphalo-rachidien, spécialement des épileptiques. Dr Divry. *Bull. de la Soc. de Médecine Mentale*, juin 1921). Comme chez les épileptiques, la tension du liquide rachidien se montre indépendante de la tension artérielle, dans les conditions expérimentales (injection d'adrénaline).

2° Dans cinq cas étudiés à ce point de vue, la tonicité du liquide lombaire s'est montrée normale, c'est-à-dire légèrement supérieure à celle du sérum ; les épreuves cryoscopiques m'ont fourni des résultats comparables dans l'épilepsie (15 cas d'hypertonie légère sur 20), dans la paralysie générale, etc. (Cf. *op. cit.*).

Je ne crois donc pas que, dans ces conditions, on puisse parler d'une hypertonie du liquide lombaire, dans la démence précoce.

3° Au point de vue cytologique, je n'ai observé qu'un cas présentant une réaction nettement positive et encore, semblait-elle revenir vers la normale, lors d'une seconde ponction. Chez ce malade, j'ai compté, lors d'une première ponction (11 janvier 1921), 43 éléments par millimètre cube, la plupart lymphocytes et quelques polynucléaires ; une seconde ponction, un mois après (26 février 1921), ne m'a plus fourni que 8 à 9 éléments lymphocytaires par millimètre cube ; cette réaction ne s'accompagnait pas d'une augmentation du taux des albumines (0,25 ctgr. par litre). Un autre cas donnait 7 lymphocytes par millimètre cube. Dans les autres observations, je n'ai pas compté plus de 2 à 3 éléments par millimètre cube.

On peut donc formuler, en thèse générale, que le liquide lombaire des déments précoces est normal au point de vue cytologique ; cependant, on peut y observer exceptionnellement une pléiocytose modérée.

4° Au point de vue des albumines et globulines, les chiffres sont normaux ; j'ai observé des chiffres voisins de 0.40 ctgr. par litre dans quatre cas seulement, qui présentent de la sorte

une dissociation albumino-cytologique fruste ; mais, on retrouve une proportion de cas analogues dans l'épilepsie (26 à 27 % des cas) et dans les psychonévroses.

Les réactions des globulines (Nonne ; Noguchi-Moore) m'ont fourni, comme de coutume, des résultats parallèles au taux global des albumines. La réaction de Boveri (au permanganate) ne m'a donné aucune indication particulière.

5° Dans trois cas, j'ai recherché la perméabilité méningée à la fluorescéine, méthode que j'avais employée dans l'étude du liquide céphalo-rachidien des épileptiques et qui me paraît plus commode que les méthodes partant de l'ingestion de susbtances diverses. Dans ces trois cas, la fluorescéine n'est passée dans le liquide céphalo-rachidien qu'en quantité minime, comme à l'état normal.

6° En vue de juger de la toxicité du liquide céphalo-rachidien des déments précoces, je l'ai injecté au lapin et au cobaye par la voie intracérébrale. Dans un premier temps, l'animal est trépané et la peau suturée sur l'orifice de trépanation. Lorsque la guérison de la plaie opératoire est achevée, après quelques jours, l'injection intracérébrale se fait facilement, comme une injection sous-cutanée, par l'orifice de trépanation, aisément repérable sous la peau.

Les injections intracérébrales du liquide lombaire des déments précoces sont aussi bien supportées que des injections de liquide physiologique, de volume égal. Chez le lapin, j'ai pu injecter à trois reprises, environ 1 centimètre cube de liquide, à huit jours d'intervalle, sans que l'animal manifestât la moindre réaction anormale. Les accidents apoplectiformes ou épileptiformes que l'on observe parfois à la fin de l'injection, relèvent du fait que le volume injecté a dépassé la quantité mécaniquement tolérable par le cerveau ; le même phénomène peut s'observer avec le liquide physiologique.

En résumé, le liquide céphalo-rachidien peut être considéré comme normal dans la démence précoce ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on y observe une réaction leucocytaire, d'ailleurs modérée.

* * *

Au point de vue des urines, Chenais croit pouvoir fournir comme assez caractéristiques, dans la démence précoce, les particularités suivantes : quantité diminuée, densité souvent augmentée, urée diminuée, chlorures augmentés, phosphates variables. (Cf. Recherches sur les symptômes physiques de la démence précoce à forme catatonique. Louis Chenais. *Thèse de Paris*, 22 juillet 1902).

Pour ma part, j'ai constaté dans un certain nombre de cas une faible teneur des urines en urée, mais sans pouvoir attribuer à ce fait une portée générale. Je n'ai rien noté de constant quant à la diurèse et à la densité.

Dans vingt cas, j'ai recherché la réaction d'Ehrlich, qui s'est toujours montrée négative. Il en a été de même de la réaction de Moritz-Weiss.

* * *

En somme, les symptômes somatiques que l'on peut relever chez les déments précoces n'ont rien de caractéristique et ne constituent pas un ensemble propre à entraîner le diagnostic ni surtout à délimiter l'affection. C'est bien plus dans l'analyse psychologique au sens large du mot que nous devons nous réfugier et nous efforcer de mettre en vedette, sur ce terrain un peu fuyant, les aspects fondamentaux du psychisme, qui nous permettront de baser notre diagnostic sur la physionomie mentale du malade.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1° Parmi les affections mentales à début précoce, on peut établir un groupe nosologique qui se caractérise par certains aspects fondamentaux du psychisme, à savoir : l'inertie et l'asynergie psychiques, l'indifférence au sens large du mot, souvent des troubles moteurs spéciaux (stéréotypies, déviation psychomotrice).

Le syndrome catatonique ne peut servir de base à la démence précoce, ainsi définie.

2° Souvent, la démence précoce s'installe insidieusement, sans épisodes notables. Il arrive que le début en soit marqué par une activité plus ou moins productive du psychisme : soit des idées délirantes, souvent peu vivaces, soit un délire, d'organisation et de durée variables, de tonalité expansive ou dépressive. L'affection peut aussi s'établir par une crise aiguë, confusionnelle, d'allure parfois hystériforme.

Le cours de la maladie est souvent marqué par des impulsions ou des crises d'excitation, à marche parfois circulaire.

3° Entre la paranoïa systématisée et la démence précoce, il faut faire place à tout un groupe de formes mentales, que leur évolution ne permet pas de rattacher à la démence précoce et qui doivent être plutôt considérées comme des paranoïas atypiques.

4° Si la pathogénie de la démence précoce est encore obscure, il semble bien qu'on ne puisse lui assigner une origine purement accidentelle.

5° Au point de vue somatique, on ne relève pas, dans la démence précoce, de troubles, au moins constants, qui soient à même d'entraîner le diagnostic. Celui-ci doit se faire avant tout sur le terrain psychologique même.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5

A. Etats catatoniques en dehors de la Démence précoce 6

B. Etats catatoniques, épisodiques, au cours de la Démence précoce 12

ASPECTS DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE DANS LES ÉTATS DÉMENTIELS PRÉCOCES 15

I. L'inertie et l'asynergie psychiques 15

II. L'indifférence, l'apathie 38

III. Phénomènes moteurs dans la Démence précoce 41

A. Les stéréotypies 41

B. La déviation psycho-motrice 44

EVOLUTION DE LA DÉMENCE PRÉCOCE 47

DÉLIMITATION DE LA DÉMENCE PRÉCOCE 65

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE 83

1° Le syndrome de la Démence précoce se produit parfois chez des dégénérés manifestes, chez des débiles mentaux 83

2° Dans les antécédents personnels du Dément précoce ou dans son état somatique, on observe assez souvent des stigmates de dégénérescence 85

PRONOSTIC DE LA DÉMENCE PRÉCOCE 89

ETUDE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE AU POINT DE VUE SOMATIQUE 93

Résumé et Conclusions 107